TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DU

Docteur O. LAMBRET



LILLE
LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
25, Rue Nicolas-Leblanc, 25
—
1901

I. — TITRES

I. — TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Lille. Concours de 1892.

Interne des hôpitaux de Lille. Concours de 1894 (nommé premier).

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

Aide d'anatomie à la faculté de médecine de Lille (concours 1893).

Docteur en médecine (juin 1896).

Chef de clinique chirurgicale (novembre 1896-novembre 1900).

III. — RÉCOMPENSES

Lauréat de la Faculté de médecine de Lille.

Prix Parise (chirurgie) (1895).

Lauréat du prix de thèse : mention honorable (1896).

Lauréat du prix Pingrenon décerné par la Société des Sciences de Lille (1900).

IV. — TITRES HONORIFIQUES

Membre de la Société centrale de médecine du Nord (1897).

Secrétaire-adjoint de la Société centrale de médecine du Nord.

II. — ENSEIGNEMENT

Conférences d'anatomie à la Faculté de médecine. Semestres d'hivers de 1893 et 1894 (suppléance du prosecteur).

Direction des conférences préparatoires à l'internat des Hôpitaux (1896-1900).

Cours libre de gynécologie élémentaire à la Faculté de médecine 1899; à l'Hôpital St-Sauveur 1900.

Suppléances de M. le Prof. Folet dans son service de la clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur :

Congés de Pâques et Août 1897, 1898, 1899, 1900.

Suppléance de M. le Professeur agrégé Phocas (service de clinique chirurgicale infantile de l'Hôpital St-Sauveur, août-septembre 1900.

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ORDRE CHRONOLOGIQUE

1. Un cas de muscle presternal. *Société d'anthropologie de Paris*, 1893.
2. Du rôle des arrêts de développement de l'amnios et des brides amniotiques dans la production des monstruosités. *A propos d'un monstre cœlosomien du genre pleurosome.* (En collaboration avec M. le Professeur Debierre. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1894.
3. Contusion de l'abdomen. Rupture sous-cutanée de l'intestin. *Bulletin médical*, Paris 1895.
4. Un cas d'hématorachis traumatique. *Bulletin médical*, Paris 1895.
5. Quelques considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale. *Thèse de Lille*, 1896.
6. De l'incision libératrice de la capsule propre du rein. *Nephrolibération de M. le Professeur Folet. Revue de chirurgie*, 1897.
7. Contusion herniaire et rupture intestinale. *Bull. de la Société de méd. du Nord*, 1897.
8. Myxome pur de la parotide. (Avec M. le Prof. agr. Gaudier. *Echo médical du Nord*, 1897.
9. Les réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière. *Archives provinciales de chirurgie*, 1897.
10. Fracture sus-condylienne et intra-condylienne du fémur. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
11. Deux appendices enlevés à froid. *Soc. de méd. du Nord*, 1898.
12. Kyste sébacé de la mamelle. *Echo médical du Nord*, 1898.
13. Rein tuberculeux. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
14. Kyste tubo-ovarien. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
15. Présentation de trois malades opérés de gastro-entérostomie. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
16. Fracture de jambe traitée par l'appareil ambulatoire *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
17. Deux cas de cancer d'estomac traités par la gastro-entérostomie. *Echo médical du Nord*, 1897.
18. Gastro-entérostomie et cancer gastrique. *Bulletin médical*, Paris, 1897.

19. Eventration post-opératoire avec adhérences intestinales. *Echo médical du Nord*, 1897.
20. Hernie dans la fossette intersigmoïde. *Echo médical du Nord*, 1897.
21. Appareil ambulatoire de cuisse. *Soc. de méd. du Nord*, 1897.
22. Coup de feu du rachis et de l'abdomen. *Bulletin médical*, Paris, 1897.
23. Chirurgie de l'estomac : l'ulcère et ses complications. *Echo médical*, 1898.
24. Cure radicale des hernies. Petit perfectionnement. *Echo médical*, 1898.
25. Cystocèle compliquée de calcul. *Soc. de méd. du Nord*, 1898.
26. Malformation utérine prise pour une annexite. *Bulletin médical*, Paris, 1898.
27. Soudure osseuse de la rotule avec le fémur. *Soc. de méd. du Nord*, 1898.
28. Castration abdominale totale. *Soc. de méd. du Nord*, 1898.
29. Hématocèle à marche rapide. *Soc. de méd. du Nord*, 1898.
30. Ablation du maxillaire supérieur. Fibrome naso-pharyngien. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
31. Anévrysme poplité. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
32. Les interventions plastiques sur la substance utérine dans les flexions de l'utérus. *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.
33. Forme rare d'hématocèle *Echo Médical du Nord*. 1898.
34. Les tumeurs bénignes du clitoris. *Revue de Chirurgie*, 1898.
35. Présentation d'un ulcère du duodenum perforé. *Soc. de Méd.* 1898.
36. Kyste hydatique du foie. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
37. La déambulation dans les affections du membre inférieur. *Bulletin médical*, 1898.
38. Perforation de la voûte crânienne. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
39. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
40. Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
41. Tumeur de la vessie. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
42. La péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin. *Echo medical du Nord*,
43. Hernie crurale étranglée, réduction au bout de trente heures. Mort par péritonite *Echo Médical du Nord*, 1898.
44. Plaie de l'abdomen par arme à feu. Laparotomie. Sutures de neuf perforations. Guérison. *Bulletin Société de Chirurgie*, Paris, 1898.
45. Présentation du malade de l'observation précédente. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
46. Pylorectomie. *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
47. Grossesse extrautérine. *Echo Médical du Nord*, 1898.
48. Anus contre nature. Résection iléo-cœcale. *Soc de Méd. du Nord*, 1898
49. Amputation de l'avant-bras pour troubles trophiques *Soc. de Méd. du Nord*, 1898.
50. Deux cas d'uretéro-cysto-néostomie. *Soc. de Chirurgie*, Paris, 1898.
51. Nouveau traitement des ulcérations du col *Echo Medical du Nord*, 1899.

52. Péritonite tuberculeuse à début brusque, simulant une pelvipéritonite. *Société de Chirurgie*, 1899.
53. Kyste hydatique du foie. Erreur de diagnostic. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
54. La cystocèle crurale. *Echo Médical du Nord*, 1899.
55. Deux cas de hernie inguinale de la vessie. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
56. Nécessité de l'intervention immédiatement après la ponction des abcès du foie. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
57. Hémostase des ligaments larges. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
58. Fracture du crâne et rupture de l intestin. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
59. L'abcès sous-lingual. *Echo Médical du Nord*, 1899.
60. Pathogénie des hernies de la vessie. *Bulletin Médical de Paris*, 1899.
61. Présentation d'une fracture rapidement consolidée ; ingestion concomitante de thyroïdine. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
62. Fibro-sarcome du naso-pharynx. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
63. Gastrectomie pour cancer. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
64. La médication thyroïdienne dans les fractures. *Echo Médical du Nord*, 1899.
65. Contusion de l'abdomen. Perforation intestinale. Laparotomie. Guérison. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
66. Luxation du pied en arrière. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
67. Consolidation rapide et thyroïdine. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
68. Consolidation rapide sans thyroïdine. *Soc. de Méd. du Nord*, 1899.
69. Chirurgie de l'estomac : l'ablation du cancer. *Echo Médical du Nord*, 1899.
70. Enorme fibrome du col. *Soc. de méd. du Nord*, 1899.
71. Gastrostomie par le procédé de Manvedell. *Soc. de méd. du Nord*, 1899.
72. Kyste de la grande lèvre. *Soc. de méd. du Nord*, 1899.
73. Abcès du cerveau probablement d'origine traumatique. *Echo méd. du Nord*, 1899.
74. Désarticulation de la hanche pour ostéosarcome. *Soc. de méd. du Nord*, 1899.
75. Varicocèle et hypochondrie. *Echo médical du Nord*, 1900.
76. Transformation fibreuse des ganglions de l'aine. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
77. De l'assistance chirurgicale rapide. — Essai sur son installation à Lille. — Mémoire couronné par la Société des Sciences. Le Bigot, édit., Lille, 1900.
78. Radiographie montrant une balle dans un bassin. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
79. Tendon anormal dans une fracture ancienne de la rotule. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
80. Le prolapsus génital des nullipares, *Echo médical du Nord*, 1900.
81. Les fistules vaginales de l'uretère. *Echo médical du Nord*, 1900.
82. Plaie pénétrante de poitrine. Hémothorax. *Echo méd. du Nord*, 1900.

83. Kystes du canal de Nuck. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
84. Sur un mode de guérison des fractures de la rotule. *Bulletin médical*, 1900.
85. La luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant (avec le Dr Labarrière). *Archives provinciales de chirurgie*, 1900.
86. Péritonite à streptocoque. *Echo Médical*, 1900.
87. Castration abdominale totale. *Soc. de Méd. du Nord*, 1900.
88. Appendicite. Calcul appendiculaire bizarre. *Soc. de Méd. du Nord*, 1900.
89. Fistule branchiale du cou. *Echo Médical du Nord*, 1900.
90. Réflexions sur l'emploi de la médication thyroïdienne dans les fractures. *Echo médical du Nord*, 1900.
91. Un cas d'adénome sébacé (En collaboration avec M. le Professeur Curtis). *Revue de Chirurgie*, 1900.
92. Péritonite traumatique sans lésions viscérales. *Bulletin médical*, 1900.
93. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
94. Corps étranger du rectum. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
95. Invagination intestinale, résection. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
96. Fibromes multiples de l'utérus. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.
97. Cancer bilatéral du sein *Soc. de méd du Nord*, 1901.
98. Goitre endémique. Enucléation sous-capsulaire. *Soc. de méd. du Nord*, 1901.
99. Opération césarienne et hystérectonie abdominale totale chez une femme opérée d'uretérocystonéostomie. Guérison. Rapport de M. Routier à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Février 1901.

Thèses inspirées

Dr Coubronne, Lille, 1895. — De la coexistence de l'hydrocèle et des kystes de l'épididyme.

Dr Hénin, Lille, 1897. — Hernie rétropéritonéale dans la fossette intersigmoïde.

Dr Huart, Lille, 1898. — Traitement des flexions utérines par la cunéohystérectomie.

Dr Lheureux, Lille, 1899. — La déambulation dans les affections du membre inférieur.

Dr Labarrière, Lille, 1899. — La luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

Dr Boulogne, Lille, 1899. — Le cancer du gros intestin (rectum excepté).

Dr Mouton, Lille, 1899. — La hernie par glissement du gros intestin. Cette thèse a obtenu la médaille d'or.

Dr Sutter, Lille, 1900. — Les fistules vaginales de l'uretère.

Dr Van Hedeghem, Lille, 1900. — La médication thyroïdienne dans les fractures

IV. — ANALYSE CRITIQUE

TÊTE ET RACHIS

Un cas d'hématorachis traumatique. *Bulletin médical*, 1895.

Les réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière. *Archives provinciales de chirurgie*, 1897.

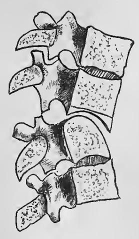
Quelques considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale (Thèse). Lille, Le Bigot, édit., Lille, 1 vol. 240 p., 1896.

Le titre de notre thèse indique assez clairement que nous n'avons pas voulu faire une monographie complète des fractures indirectes de la colonne vertébrale ; nous avons volontairement laissé dans l'ombre certains points bien étudiés ailleurs pour approfondir davantage certains autres.

Nous avons été forcé, et nous l'avons fait d'une façon très complète, d'étudier le mécanisme de la fracture et la topographie habituelle des lésions; nous nous sommes uniquement occupé des cas qui s'accompagnent de phénomènes médullaires. C'est ainsi que nous avons à nouveau montré comment la moelle est comprimée entre le bord postérieur du fragment inférieur en avant et l'arc postérieur de la vertèbre sus-jaceute en arrière.

Après une énumération rapide des symptômes classiques, nous avons recherché si parmi ces symptômes, il en existe un qui soit capable de nous renseigner sur l'état de la moelle. L'importance du renseignement est capitale au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, car il est évident que si par exemple, nous pouvons arriver à savoir que la moelle est détruite, il est parfaitement inutile d'essayer un traitement quelconque. Or, aucun symptôme n'est capable de nous fournir ce renseignement. Bastian et Bowlby, s'appuyant sur de nombreux faits cliniques, ont soutenu que, lorsque les réflexes dont les centres sont situés au-dessous du

foyer de fracture sont abolis, c'est que la moelle est complètement détruite. Bien qu'en contradiction avec toutes les données de la physiologie, les affirmations de ces deux auteurs sont malheureusement très souvent exactes ; mais elles sont trop absolues et c'est ce que nous nous sommes attaché à démontrer. Notre tâche



a été d'ailleurs facilitée par les arguments tirés d'une observation personnelle d'hématorachis traumatique, dans laquelle il y avait abolition des réflexes et absence complète de lésions osseuses et médullaires.

Somme toute, en présence d'un blessé atteint de fracture de la colonne vertébrale avec paraplégie, anesthésie, abolition des réflexes, etc., il nous est impossible de dire si nous avons affaire à une commotion, à une contusion, à une compression ou bien à une destruction de la moelle.

Nous avons consacré un chapitre à l'étude de la commotion et de la contusion médullaires et aussi aux suites éloignées de celle-ci qui se traduisent par des phénomènes nerveux tardifs ; ces phénomènes sont de deux ordres ; ou bien ils se présentent avec

l'aspect clinique des maladies connues et classiques comme le tabes par exemple, ou bien ce sont simplement des troubles nerveux quelconques et non systématisés.

Le traitement doit être actif, car nous ne savons pas si la moelle est intacte ou détruite. Or, nous pouvons hésiter entre la réduction et une intervention opératoire : la laminectomie. La réduction a donné des succès, mais c'est une méthode aveugle et capable dans certains cas, comme nous l'avons montré, d'aggraver les lésions médullaires ; témoin le fait qui est représenté dans la figure ci-contre (à vrai dire, il concerne plutôt une luxation qu'une fracture — mais entre les deux lésions, il n'y que des questions de degré) et où nous avons vu nettement, que la réduction aurait peut-être pu mettre les deux fragments dans le parallélisme, mais ne serait pas arrivée, à cause de l'obstacle apporté par les apophyses articulaires, à les placer en bonne position ; dans ces conditions, la compression exercée sur la moelle par l'arc postérieur de la vertèbre supérieure n'aurait été que plus considérable.

La laminectomie en réséquant les arcs postérieurs supprime une première cause de compression. Reste l'arête plus ou moins aiguë du fragment inférieur du corps vertébral, agent de la compression antérieure ; quand l'arc postérieur est enlevé, la réduction n'est plus dangereuse et elle peut être efficace contre la lésion antérieure, d'autant plus que par la brèche postérieure on peut la diriger et la voir s'exécuter à ciel ouvert. Nous pensons donc qu'on pourra combiner très utilement et dans beaucoup de cas, la laminectomie et la réduction.

En résumé, c'est à la nécessité de la trépanation exploratrice que nous ont conduit l'étude des lésions et l'analyse des symptômes. Cette trépanation, comme l'a dit M. le professeur Folet, est avant tout une opération de recherche, un acte explorateur ; si on l'admet, il faut la faire de bonne heure afin de libérer la moelle si elle n'est que comprimée et aussi de la soustraire à de nouvelles blessures à peu près fatales lors des manipulations forcées du blessé. Mais, il faut bien savoir que, faite systématiquement, la trépanation exploratrice de la colonne vertébrale n'est malheureusement appelée qu'à donner des résultats décevants ; dans l'immense majorité des cas, les lésions médullaires qu'elle mettra à découvert seront irréparables. [illegible] peu importe, la situation du blessé ne sera pas modifiée, « si elle a été prudemment et aseptiquement conduite, l'intervention n'aura pas contribué au dénouement fatal. Post hoc, sed non propter hoc. » (Folet).

Plaie par arme à feu du rachis et de l'abdomen. *Soc. de méd. du Nord*, 12 novembre 1897, et *Bulletin médical de Paris*, décembre 1897.

Cette observation concerne un homme qui avait reçu à bout portant un coup de fusil Lebel. La balle l'avait traversé de part en part entrant à gauche sur la ligne axillaire entre la 10 et la 11e côte et ressortant symétriquement de l'autre côté ; il y avait plaie du jéjunum, de l'angle gauche du côlon, éclatement du rein gauche, perforation du corps de la deuxième lombaire.

Perforation de la voûte crânienne. *Soc. de méd. du Nord*, 24 juin 1898.

Cas remarquable en raison de la netteté de cette perforation, grande comme une pièce de cinq francs, faite par le chasse-pierre d'une locomotive ; il n'y avait aucune fêlure ni aucune irradiation vers la base.

Abcès du cerveau d'origine traumatique. *Echo médical du Nord*, 17 décembre 1899.

Il s'agit d'un homme que nous avons trépané dans le service de M. le professeur Folet. Il était dans un état voisin du coma, faisant comprendre malgré sa torpeur qu'il souffrait horriblement de la tête au niveau de la région temporale droite. Il avait reçu, trois semaines auparavant, un coup de verre à bière en cet endroit. Je fis la trépanation avec les instruments de Doyen au niveau du point où le malade accusait la céphalalgie — il n'y avait pas d'autre indication du siège possible de l'abcès. — Il n'y avait pas de pus entre la dure-mère et le cerveau, mais je le trouvai en enfonçant le bistouri à une profondeur de deux centimètres ; la cavité de l'abcès fut détergée et drainée ; mais l'intervention avait été trop tardive, le malade mourut dans la nuit. Le pus contenait du pneumocoque.

L'opération avait montré et l'autopsie a confirmé le fait, qu'il n'y avait aucune trace d'ostéite en aucun point de la boîte crânienne. — Le mode de production de cet abcès reste donc obscur et il est impossible de dire s'il y a eu infection par voie sanguine d'un foyer de contusion cérébrale ou bien transport par voie lymphatique d'une infection partie d'une plaie du cuir chevelu.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur. *Soc. de méd. du Nord*, 22 juillet 1898.

Fibro-sarcome du naso-pharynx. *Soc. de med. du Nord*, 26 mai 1899.

Myxome pur de la parotide. *Echo médical du Nord*, 23 mai 1897. (Avec le Prof. agrég. Gaudier.)

Il s'agissait là d'une rareté anatomique. Un des points intéressants de l'observation était la consistance ferme de la tumeur, ce qui n'est pas la règle en matière de myxome.

Un cas d'adénome sébacé volumineux de la face. En collaboration avec M. le Prof. Curtis. *Revue de Chirurgie*, 10 août 1900.

Les adénomes sébacés ont été décrits sous deux formes bien distinctes, l'une intéressant les dermatologistes, l'autre les chirurgiens. Ce sont tantôt des tumeurs de petites dimensions, toujours nombreuses et d'ordinaire symétriques, occupant de préférence les téguments de la face; tantôt, au contraire, des néoplasmes plus volumineux souvent solitaires, mais disséminés sans ordre apparent à la surface des régions où prédomine l'appareil pilo-sébacé.



Fig. 1.

Dans notre cas, ce qui nous paraît particulièrement intéressant, c'est l'aspect malin à tous égards que présentait le néoplasme. Son accroissement rapide, ses ulcérations superficielles, son aspect végétant et bourgeonnant, formaient au point de vue clinique, un tableau peu rassurant. Bien plus, l'examen histologique laissait encore, à première vue, subsister des doutes, et ce n'est qu'après une analyse minutieuse que la nature glandulaire bénigne put être établie par M. le professeur Curtis.

Il s'agissait d'un homme, 56 ans, qui présentait au niveau de la

région parotidienne gauche une volumineuse tumeur ulcérée (voir fig. 1) d'un aspect absolument repoussant et répandant une odeur

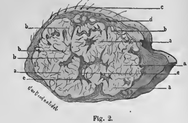


Fig. 2.

répugnante. A la palpation, sa consistance était assez ferme : La mobilité était manifeste, mais il y avait peut-être lieu de faire quelques réserves sur la mobilité de la base d'implantation. Le malade était très amaigri et surtout très anémié, car la tumeur ulcérée saignait au moindre heurt et les hémorragies ne s'arrêtaient

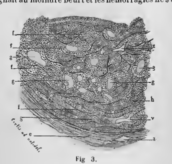


Fig 3.

que difficilement. Le diagnostic ne fut pas fait. La mobilité de la tumeur, l'absence de ganglions plaidaient en faveur de la bénignité; d'autre part, son aspect extérieur et aussi le doute qui subsistait sur la possibilité de l'existence de prolongements profonds

vers la glande parotide obligeaient à faire certaines réserves. L'ablation du néoplasme fut remarquablement facile ; la tumeur reposait sur un tissu gris jaunâtre, épais, d'apparence fibreuse qui, dans l'hypothèse de la malignité possible, fut enlevé complètement ; il se confondait avec l'aponévrose du masséter dont les fibres apparaissent alors à nu au fond de la plaie. Les suites furent très simples ; le malade put quitter l'hôpital un mois après, mais son facial avait beaucoup souffert, il avait à ce moment une paralysie faciale complète. Revu un an et demi plus tard, il était resté guéri et sa paralysie faciale s'était améliorée et limitée au facial supérieur.

De la tumeur, M. le professeur Curtis a fait une remarquable étude histologique. La figure 2 est une coupe microscopique de

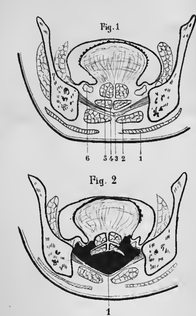


Fig 4

l'extrémité supérieure non ulcérée, la structure lobulée y est encore visible. Dans tout le reste de la tumeur les îlots de tissu néoplasique deviennent confluents en une masse blanche homogène.

Au microscope à un faible grossissement, ces îlots apparaissent formés de deux éléments : 1° d'une charpente conjonctivo-vasculaire en connexion directe avec des travées qui se détachent du derme ; 2° de cellules épithéliales implantées perpendiculairement sur les minces travées conjonctives de la charpente ; au milieu de ce tissu presque purement épithélial, on voit de nombreux orifices les uns circulaires, les autres ovoïdes ou même fissuraires (fig. 3). La coupe de la tumeur ressemble ainsi à celle d'un organe tubuleux à canaux pelotonnés et sectionnés suivant des plans variables ; certaines des cavités sont vides, d'autres sont remplies de sang. —

La fig. 4 représente à un plus fort grossissement la coupe d'une de ces cavités qui résulte de la canaliculisation d'un lobule glandulaire, d'où la présence d'éperons conjonctifs qui la subdivisent en diverticules secondaires. On voit en somme que la tumeur est de structure glandulaire lobée et lobulée, mais d'une



lobulation très complexe et dont les lobules intimement agglomérés sont obstrués presque en totalité par des cellules épithéliales, ou creusés çà et là de petites cavités pouvant aller jusqu'à la formation de kystes et de lacunes.

L'origine sébacée de la tumeur est mise hors de conteste par

l'examen des coupes fait à de forts grossissements. Les figures 5 et 6 représentent les cellules qui constituent la presque totalité du néoplasme, ce sont des grosses cellules à paroi épaisse, les jeunes à gros noyau et à protoplasma granuleux (fig. 5) les vieilles à aspect vacuolaire et à protoplasma réduit à de minces traînées à peine visibles (fig. 6).

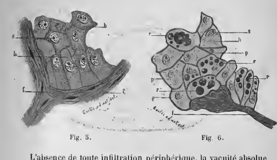


Fig. 5. Fig. 6.

L'absence de toute infiltration périphérique, la vacuité absolue des vaisseaux lymphatiques permettent d'affirmer la nature bénigne de la tumeur. C'est un adénome simple ainsi que l'établit M. le professeur Curtis dans une longue et savante discussion histologique, et l'évolution ultérieure a vérifié l'exactitude du pronostic histologique : le néoplasme n'a pas récidivé !

L'abcès sous-lingual. *Echo médical du Nord*, 23 avril 1899.

L'abcès sous-lingual ou sub-lingual est rare. Nous en avons opéré un cas très net dans le service de M. le Prof. Folet.

Il résulte d'une inflammation localisée au tissu cellulaire qui entame les muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, les glandes sub-linguales.

Au début, tant que l'inflammation est bien limitée, la langue est refoulée en haut et en arrière et il existe des symptômes spéciaux : gêne de déglutition, douleurs vives dans les mouvements de la langue. Si on abandonne l'affection à elle même, l'inflammation peut fuser vers les replis aryténo-épiglottiques et envahir tout le tissu cellulaire de la région, son allure est alors complètement modifiée, et on se trouve en présence d'une de ces suppurations de

tout le plancher de la bouche qui ne diffèrent pas cliniquement de celles auxquelles on a donné le nom d'angine de Ludwig.

Dans notre cas observé assez tôt, une incision sous-mentonnière antéro postérieure nous permit d'écarter les digastriques, et de sectionner le mylo-hyoïdien ; son incision donna issue à une petite quantité de pus. La cavité de l'abcès fut drainée et le malade guérit rapidement.

Actinomycose cervico-faciale. *Soc. de médecine du Nord*, 8 juillet 1898.

Malade du service de M. le Professeur Folet. On suivait chez lui les différentes étapes de l'affection : la porte d'entrée était une dent cariée, puis survint l'induration cervico-faciale formant tumeur, bientôt fistulisée. Les grains jaunes étaient très nets.

COU. POITRINE

Un cas de muscle présternal. *Société d'Anthropologie*, Paris, 1893.

Fistule branchiale. *Soc. de méd. du Nord*, 22 juin 1900.

Présentation d'un malade porteur d'une fistule d'origine branchiale faisant communiquer la bouche avec l'extérieur par un trajet sinueux. L'orifice interne était situé au niveau du pelvien antérieur du voile du palais, l'orifice externe au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche sur une ligne passant par le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Elle donnait lieu à un petit écoulement d'un liquide clair différent de la salive, et à un phénomème curieux non signalé encore : c'est un petit sifflement qui était perçu par le malade à chaque mouvement de déglutition.

Goitre endémique enlevé par énucléation souscapsulaire. *Société de médecine du Nord*, 8 février 1901.

Plaie pénétrante de poitrine. Hémothorax. Intervention. Mort. *Echo médical du Nord*, 15 avril 1900.

Un homme de 19 ans était apporté dans le service de M. le Professeur Folet, la poitrine trouée par le timon d'une voiture sur

laquelle il avait été violemment projeté. Je le vois 15 heures après l'accident et je trouve un blessé très pâle, au regard anxieux, à la respiration courte et pénible, au pouls rapide, aux extrémités froides et couvertes d'une sueur visqueuse. La plaie de poitrine, parallèle aux côtes, était large de 8 à 10 centimètres, un sifflement puissant témoignait l'entrée et la sortie de l'air. Le timon avait porté suivant une direction oblique de bas en haut, fracassant les 8e, 7e, 6e, 5e côtes et ouvrant le thorax entre la 5e et la 4e; si on introduisait le doigt recourbé en crochet, on sentait des esquilles aiguës et longues faisant saillie dans la cavité thoracique. Le thorax était plein de sang, le pansement absolument imbibé du même liquide et l'écoulement continu de sang rouge vif indiquait que l'hémorragie n'était pas arrêtée. Malgré l'état précaire du malade, je résolus d'intervenir. Je présumais que l'hémorragie venait de la paroi car les crachements de sang avaient été peu abondants. Je fis une incision en ∩ renversé, la branche transversale de l'∪ correspondant à la plaie traumatique, je sectionnai d'un coup en arrière les côtes et les espaces intercostaux jusqu'à la neuvième côte, pinçant les intercostales au fur et à mesure et certain d'arrêter de cette façon l'hémorragie se faisant en un point antérieur de l'artère. La même section faite en avant permit d'abaisser le volet, d'enlever les esquilles longues et pointues qui avaient blessé le poumon; celui-ci ne saignait plus et était ratatiné sur son hile; on le voyait agité de mouvements désordonnés ainsi que le cœur, qui battait tumultueusement. — Drain, fermeture en un seul plan; l'opération avait duré 10 minutes. Néanmoins le malade mourut deux heures après, malgré tous les stimulants.

Kyste sébacé de la mamelle. *Écho médical du Nord*, 1898

Cancer bilatéral du sein. *Soc. de méd. du Nord*, 8 mars 1901.

ABDOMEN

Rupture complète de l'intestin. Laparotomie. Mort. *Bulletin médical*, 1895.

Il s'agit d'un homme qui, par suite de l'effondrement d'un échafaudage, tomba sur le dos d'une hauteur de cinq mètres, accompagné dans sa chute par un de ses camarades qui s'abattit

sur lui. Il se releva, ressentant une grande douleur dans le ventre et présentant une plaie de la lèvre inférieure. Il vint à pied à l'hôpital, et entra dans l'après midi dans le service de M. le professeur Folet qui le vit le lendemain matin à la visite. A ce moment, l'état du blessé était déjà grave ; son pouls était à 120 et la température à 37°5 ; le ventre était fortement tendu par la contracture des muscles abdominaux, il y avait de la sonorité hépatique.

La laparotomie fut impuissante à sauver le blessé, mais elle permit de constater que l'intestin grêle était déchiré sur *toute l'étendue de sa circonférence* à l'union du duodenum et du jejunum ; les deux bouts étaient écartés l'un de l'autre et facilement reconnaissables à la couleur rouge et aux plis multiples de leur muqueuse éversée.

Plaie de l'abdomen par arme à feu. Laparotomie. Suture de neuf perforations de l'intestin grêle. Guérison. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 11 octobre 1898.

Un jeune homme de 17 ans avait reçu dans l'abdomen une balle de carabine, tirée à quelques mètres, par un chasseur à cheval, dans les fortifications de Lille. On l'apporta à l'hôpital, dans le service de mon maître, M. le professeur Folet, que je suppléais ; je le vis trois heures après l'accident.

L'orifice d'entrée de la balle était situé du côté droit, à deux travers de doigt en dehors du pubis, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale ; il n'y avait pas d'orifice de sortie ; la paroi abdominale était violemment contractée surtout du côté droit ; la palpation était très douloureuse.

Je fis la laparotomie sur la ligne médiane. Le péritoine à peine ouvert, il s'échappa une certaine quantité de gaz et il s'écoula un peu de sang mélangé à des liquides intestinaux. Le petit bassin et la fosse iliaque droite étaient souillés de matières fécales verdâtres et assez épaisses. L'examen méthodique de l'intestin me permit de découvrir l'existence de neuf perforations échelonnées sur la portion terminale de l'iléon sur une étendue de 1 m. 50 environ. Je suturai ces perforations, nettoyai minutieusement le péritoine et drainai les flancs et le petit bassin. Le malade guérit.

Présentation du malade de l'observation précédente. *Soc. de méd. du Nord*, octobre 1898.

Présentation d'une radiographie du même malade. *Soc. de méd. du Nord*, 1900.

Très belle radiographie, due à l'obligeance de M. le Professeur Castiaux, qui montre la présence de la balle en avant de la partie moyenne du sacrum, un peu en dedans de l'articulation sacro-iliaque droite.

Contusion de l'abdomen. Suture de l'intestin perforé. Guérison. *Soc. de méd. du Nord*, 9 juin 1899.

Présentation du malade opéré par moi. Cet homme avait été amené à l'hôpital quelques heures après une violente contusion de l'abdomen ; il présentait de la contracture généralisée à toute la paroi de l'abdomen, la palpation était très douloureuse. Je trouvai une perforation sur le bord libre de l'iléon, de nombreuses ecchymoses marbraient le mésentère. Lavage à cause de la grande quantité de matières intestinales répandue dans l'abdomen. Drainage. Guérison.

Fracture du crâne et rupture de l'intestin. *Soc. de méd. du Nord*, 28 avril 1899.

Je pratiquai à ce malade la laparotomie et trouvai une déchirure du jéjuuum intéressant la moitié de la circonférence de l'intestin. Je fis un grand lavage du péritoine qui était rempli de matières intestinales et drainai. Le blessé mourut d'accidents cérébraux ; l'autopsie montra qu'il n'y avait pas trace de péritonite.

Péritonite traumatique sans lésions viscérales. *Bulletin médical*, 15 septembre 1900.

Les auteurs des grands traités ne signalent pas la péritonite traumatique sans lésions viscérales. Nous en avons observé un cas très intéressant. Il s'agit d'un homme qui, tombé d'un train en marche, avait été violemment comprimé entre un wagon et un quai de débarquement. Nous l'avons examiné une heure après l'accident : malgré la violente pression à laquelle il avait été soumis, il ne présentait aucun symptôme qui pût faire supposer l'existence d'une lésion intra-abdominale ; le ventre était remarquablement souple, la palpation n'éveillait aucune douleur. Le blessé ayant été transporté à l'hôpital, nous avons pu le montrer à M. le Professeur Folet qui, après un examen minutieux, nous approuva de ne pas être intervenu. Tout alla bien d'abord, cependant le surlendemain, avec un état général toujours tres bon, un ventre souple et non ballonné, on notait une élévation du pouls

qui battait 96 pulsations, le thermomètre marquait 37°6. Le troisième jour, il y avait 120 pulsations et une température de 38°8, aussi malgré l'absence de malaise général et à cause d'un léger ballonnement de l'abdomen, M. Folet se proposait de faire une laparotomie exploratrice, mais celle-ci fut énergiquement refusée par le malade qui « se trouvait très bien », Or, cet homme mourut le cinquième jour, et l'autopsie montra l'existence d'une péritonite généralisée.

L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin furent étalés sur une table et examinés avec le plus grand soin, en aucun point il ne fut possible, tant sur la face péritonéale que du côté de la muqueuse, de déceler la moindre lésion ; il n'existait ni déchirure, ni éraillure, ni même la plus petite ecchymose ; de même, tous les autres organes abdominaux étaient sains.

Pour expliquer la production de cette péritonite, M. le professeur Folet admet l'hypothèse de Poncet (voir thèse Heusch, Lyon, 1899), d'après laquelle le traumatisme provoquerait la paralysie de l'intestin et une véritable inbibition de la muqueuse du tube digestif ; celle ci ne constituerait plus une barrière suffisante pour s'opposer à la migration des microbes à travers les parois du tube digestif, microbes d'autant plus redoutables que leur virulence a pu s'exalter dans les liquides qui stagnent dans l'intestin paralysé et distendu.

J'ai rapporté cette observation et j'ai cru bon de la commenter pour la raison suivante : En supposant que me basant sur l'intensité du traumatisme, j'ai pratiqué une laparotomie dans les heures qui suivaient, je ne pense pas que cette intervention ait été capable d'empêcher la production de la péritonite ; celle-ci eut été vraisemblablement considérée comme étant d'origine opératoire, et on n'aurait pas manqué de mettre l'infection péritonéale à l'actif d'une faute d'asepsie. Ce fait est donc très important; il démontre qu'après une contusion de l'abdomen, il faut réserver le pronostic pendant quelques jours, même si une laparotomie exploratrice a montré l'intégrité des viscères abdominaux ; il prouve en outre que, si dans de semblables conditions une péritonite se déclarait, il ne faudrait pas, sans examen, en accuser l'opération.

Péritonite à streptocoque. *Echo médical du Nord*, 6 mai 1900.

Il s'agit d'une jeune fille à qui nous avions pratiqué une laparotomie d'urgence dans le service de M. le Professeur Folet. Il nous fut impossible de trouver la cause de la péritonite. Malgré lavage et

drainage la malade mourut. Le liquide abdominal cultivé à l'Institut Pasteur renfermait du streptocoque à l'état de pureté. L'autopsie faite très minutieusement démontra l'intégrité de tous les organes abdominaux, il n'existait aucune suppuration en aucun point de l'organisme; il semble donc bien établi que nous avons eu affaire à une péritonite primitive.

Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant une pelvi-péritonite. *Société de chirurgie*, 1898.

Corps étranger du rectum. *Société de médecine du Nord*, 26 octobre 1900.

C'était une pierre à aiguiser longue de 30 centimètres qui avait perforé le rectum et déterminé une péritonite généralisée dont le malade mourut.

La péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin. *Écho médical du Nord*, 11 septembre 1898.

Nous terminons cette revue générale par la publication de deux observations de péritonite par perforation : dans le premier cas la perforation était due à un ulcère d'estomac, dans le second à un ulcère du duodénum. M. le professeur Folet fit dans les deux cas la laparotomie, mais les malades moururent de septicémie péritonéale. Le premier avait d'ailleurs été opéré en désespoir de cause, car le chirurgien ne fut mandé auprès de lui que trois jours après l'accident initial ; le second fut opéré dix-huit heures après la perforation; néanmoins, malgré tous les stimulants, il mourut sept heures après l'intervention.

Perforation d'ulcère du duodénum. *Soc. de méd. du Nord*, 13 mai 1898.

Présentation des pièces provenant de l'autopsie d'un malade, mort de péritonite malgré l'intervention faite par M. le Professeur Folet.

Présentation de trois opérés de gastro-entérostomie. *Societe de médecine du Nord*, 10 décembre 1897.

Malades opérés pour sténose non cancéreuse du pylore, présentés au nom de M. le Professeur Folet et au mien. Résultats excellents; augmentation rapide de poids, disparition des vomissements, digestions faciles.

L'ulcère d'estomac et ses complications. *Revue générale. Écho médical du Nord*, 1898.

Chirurgie de l'estomac. L'ablation du cancer. *Echo médical du Nord*, 27 août 1899.

Revue générale dans laquelle nous étudions longuement les indications et les contre-indications de la cure chirurgicale du cancer de l'estomac. Nous nous attachons en outre à mettre en relief la nécessité de la laparotomie exploratrice comme moyen de diagnostic précoce alors qu'il n'y a encore que des troubles subjectifs.

Gastro-entérostomie et cancer gastrique. *Bulletin médical*, 10 octobre 1897.

A cette époque la question était loin d'être au point, et la légitimité de la gastro-entérostomie n'était encore admise que par peu de médecins. Dans cet article nous avons étudié la gastro-entérostomie comme *opération préventive* du cancer.

En effet, à l'estomac comme ailleurs, le cancer s'installe volontiers quand le terrain lui est préparé par une maladie antérieure de l'organe, et dans les antécédents des malades porteurs d'un cancer de l'estomac, on retrouve dans presque tous les cas, l'existence de signes d'ulcère, d'hyperchlorhydrie, de phénomènes dyspeptiques, etc.

Il y a donc presque toujours une période plus ou moins longue pendant laquelle à cause des phénomènes symptomatiques antérieurs, l'installation du cancer au niveau de l'estomac passe inaperçue ; c'est la période du cancer ignoré

Or, il est logique d'essayer de prévenir le cancer en cherchant à guérir l'estomac de l'affection dont il souffre. — Cette guérison, les moyens médicaux ne sont pas toujours capables de la procurer, la chose ne fait de doutes pour personne quand il y a une sténose cicatricielle du pylore, et dans ce cas tout le monde accepte l'intervention chirurgicale. — Mais si la sténose n'est que spasmodique et dépend d'une affection organique existante : hyperchlorhydrie, ulcère ; si on a affaire à un estomac atteint de gastrite ancienne et dont la muqueuse ne fonctionne plus, l'intervention devient plus discutable, car les moyens médicaux ne sont pas sans action.

Quand ceux-ci n'ont obtenu aucun résultat, quand le malade maigrit malgré les régimes employés, que son estomac continue à souffrir et à s'évacuer mal, nous établissons que le cas devient

justiciable de la chirurgie. A la rigueur, dans la classe aisée, il est encore très possible de suivre un régime sévère qui trouve un adjuvant sérieux dans le repos du corps et de l'esprit, mais un homme pauvre, qui a besoin de gagner sa vie et celle de sa famille, ne peut se soumettre ni à un régime ni au repos du corps, même relatif et chez lui la légitimité de l'intervention dans les affections rebelles de l'estomac n'est pas discutable. Chez ces malades la gastro entérostomie fait merveille, car en mettant l'estomac au repos, en assurant son évacuation rapide, elle permet la guérison de l'affection existante.

Elle devient ainsi, d'une façon secondaire et presque accessoire, une opération préventive du cancer.

Deux cas de cancer de l'estomac traités par la gastro-entérostomie. *Echo médical du Nord*, 3 octobre 1897.

Ces deux observations concernent les premiers malades opérés par M. le Prof Folet. Ils avaient guéri très simplement; le second surtout était intéressant, il était d'une maigreur épouvantable et tout à fait inanitié; il portait un cancer annulaire du pylore qui en avait complètement obstrué l'orifice; l'estomac n'était pas dilaté, car il n'y avait pas de stase gastrique, tout ce que prenait le malade était rejeté par vomissement.

Gastrectomie pour cancer. *Soc. de méd. du Nord*, 14 octobre 1898.

Malade opéré par moi dans le service de M. le Professeur Folet. Mort de shock dans la journée.

Gastrectomie pour cancer. *Soc. de méd. du Nord*, 26 mai 1899.

Malade opéré par moi dans le service de M. le Professeur Folet. Mort de septicémie péritonéale.

Gastrostomie par le procédé de Marwedell. *Soc. de méd. du Nord*, 20 juillet 1899.

Présentation de la pièce. Opération faite pour cancer de l'œsophage. Mort le surlendemain.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. *Soc. de méd. du Nord*, 12 octobre 1900.

Jeune homme de 18 ans opéré par nous en août 1900. Il est

atteint d'un rétrécissement œsophagien absolument infranchissable à la suite d'ingestion de potasse caustique. Nous avons fait la gastrostomie par le procédé de Marwedell. Le malade s'alimente uniquement par sa bouche stomacale.

Deux appendices contenant des calculs. *Soc. de méd. du Nord*, 11 juin 1897.

Pièces provenant du service de M. le Professeur Folet.

Appendice et calcul cylindrique anormalement allongé. *Soc. de méd. du Nord*, 8 juin 1900.

Anus contre nature compliqué d'invagination. Résection iléo-cœcale. Entérorhaphie. Guérison per primam. *Soc. de méd. du Nord*, 9 décembre 1898. Présentation de la malade et de la pièce.

Cette malade portait une hernie crurale qui se compliqua d'étranglement. Celui-ci aboutit au phlegmon stercoral et guérit grâce à la production d'un anus contre nature spontané. Six mois après, cette malade entra dans le service de M. le Professeur Folet. Par l'orifice, le cœcum et une partie du colon ascendant s'étaient invaginés et formaient une tumeur du volume du poing, dont le revêtement était constitué par la muqueuse intestinale ulcérée ; à la surface de celle-ci, on constatait l'existences de deux orifices qui conduisaient l'un dans l'intestin grêle, l'autre dans l'appendice iléo-cœcal. Le prolapsus de l'intestin « hernié » était absolument irréductible.

Après désinfection soignée et enveloppement de la muqueuse prolabée dans une compresse stérile qui, fixée tout autour, l'isolait complètement, je fis une laparotomie sur le bord externe du grand droit ; je cherchai l'anse grêle afférente au cœcum et la portion du côlon ascendant qui continuait la partie invaginée. Section et et entérorhaphie termino-latérale qui fut facilitée par la rétraction du côlon dont le calibre correspondait à celui de l'iléon. Je fis ensuite l'ablation, en un bloc, comme d'un kyste septique, de toute la portion « exclue » par l'entéro-anastomose du côlon et de l'iléon.

Les suites opératoires furent simples et la guérison se fit rapidement après réunion par première intention.

Invagination intestinale. Résection. *Société de médecine du Nord*, 9 novembre 1900.

Malade très infecté, opéré par nous le sixième jour d'une

occlusion intestinale par invagination de l'iléon dans le cæcum. Après avoir essayé vainement de réduire, nous avons fait la résection de l'anse invaginée (60 cent. d'intestin grêle). Le malade est mort huit jours après l'intervention avec des phénomènes d'entérite et après avoir présenté une diarrhée véritablement cholériforme que rien ne put arrêter.

Eventration post-opératoire avec adhérences intestinales. *Echo médical du Nord*, 6 juin 1897.

C'est l'histoire d'une femme opérée en 1890 par M. le Prof. Folet, pour une ovaro-salpingite double. Elle rentra à l'hôpital en 1897 pour se faire opérer à nouveau d'une éventration considérable. Au cours de cette opération l'intestin adhérent fut ouvert sur une longueur de six à sept centimètres. M. Folet dut faire la résection de l'anse avec entéroraphie au bouton de Murphy, car la paroi de l'intestin était tellement amincie que la suture présentait de grandes difficultés. La malade guérit simplement.

Hernie interne dans la fossette intersigmoïde. *Echo médical du Nord*, 22 août 1897.

Ayant eu la bonne fortune d'observer dans le service de M. le Professeur Folet un cas de hernie étranglée dans la fossette intersigmoïde (affection rare : 3 cas connus seulement), nous avons fait de cette observation le point de départ d'un travail sur la fossette intersigmoïde et sa hernie.

Cette fossette rétropéritonéale est située au niveau de la racine du mésocôlon iliaque. Sa profondeur est en moyenne de 3 à 10 centimètres, l'orifice d'entrée est situé en bas, le fond ordinairement à la bifurcation de l'aorte, mais pouvant remonter beaucoup plus haut. La cavité de la fossette est virtuelle ; dans certains cas elle est suffisamment grande pour admettre un œuf de poule ; nous en avons étudié minutieusement les parois et les rapports avec l'uretère et les gros vaisseaux.

Sa pathogénie s'explique facilement par l'étude du développement du péritoine et de la genèse des replis et mésos. L'anse primitive subit en se développant un mouvement de torsion et une série de déplacements, car l'allongement du tube digestif est plus rapide que l'augmentation de la capacité du corps, et le contenu est obligé de s'adapter au contenant. Les mésocôlons disparaissent alors en majeure partie en se fusionnant avec le péritoine : phénomène auquel on a donné le nom de coalescence. La fossette inter-

sigmoïde résulte d'une imperfection de ce travail de coalescence due à la présence du rein qui forme une saillie ; entre la saillie du rein et celle de la colonne vertébrale existe une gouttière au niveau de laquelle la coalescence ne se fait pas, car le mésocôlon descendant, au lieu de s'accoler et de fusionner avec le péritoine pariétal passe comme un pont au-dessus de lui.

Cette fossette admet rarement l'intestin ; peut-être, toutefois, la présence de l'intestin dans la hernie passe-t-elle souvent inaperçue et est-elle plus fréquente qu'on ne croit. Dans le cas que nous avons rapporté, la hernie était étranglée, elle avait le volume d'une mandarine et, dans sa cavité, il y avait un peu de liquide séro-sanguinolent. La libération de l'intestin fut très facile, il suffit de légères tractions, la réduction des hernies internes est ordinairement facile à cause du peu de rigidité de leurs collets, et cette facilité de la réduction est sans doute cause de ce fait qu'elles sont souvent méconnues, car le chirurgien, trop heureux d'avoir levé l'obstacle, ne prolonge pas son opération pour en étudier la nature.

Cure radicale des hernies inguinales. Petit perfectionnement aux procédés Duplay-Cazin et Faure. *Echo médical du Nord*, 27 mars 1898.

Nous avons pratiqué et vu pratiquer dans le service de M. le Professeur Folet, de nombreuses cures radicales au cours desquelles la reconstitution de la paroi fut faite au moyen de lanières taillées aux dépens du sac. On obtient de la sorte, et grâce à une suture vivante, une paroi d'une remarquable solidité. Cependant théoriquement on peut faire aux procédés Duplay-Cazin et Faure de ne pas supprimer l'entonnoir péritonéal à l'orifice interne de la hernie, et il est permis de se demander si ce cul-de-sac ne constitue pas une amorce pour la récidive. C'est pourquoi nous proposons de supprimer ce petit inconvénient, en remontant plus haut dans l'abdomen le sac tout entier et en l'y fixant par le procédé de Kocher, c'est-à-dire en le faisant ressortir à travers une boutonnière faite à la paroi musculaire. La précaution est facile à prendre. La combinaison des deux procédés permet d'additionner leurs avantages.

Contusion herniaire et rupture intestinale. (Mémoire à l'appui de ma candidature au titre de membre résident de la Société de méd. du Nord. *Bull. de la Société*, 1897).

Un homme atteint de hernie inguinale congénitale du côté

gauche avait reçu un coup de pied de cheval dans les bourses. Je le vis le troisième jour de l'accident. L'état général était mauvais, et la région inguinale gauche, le scrotum du même côté étaient le siège d'une tuméfaction considérable, indurée à la base, fluctuante douloureuse à la pression ; l'examen était rendu difficile par la douleur qu'il provoquait mais permettait d'affirmer que so s la peau amincie, le liquide était mélangé à des gaz. Je portai le diagnostic de phlegmon stercoral, diagnostic confirmé par l'incision qui donna issue à du pus infecte et jaune sale, contenant des grumeaux d'origine intestinale et des lambeaux de tissus sphacélés. Le liquide évacué laissa voir une anse intestinale de 15 à 20 centimètres de longueur qui était le siège d'une perforation grande comme une pièce de deux francs environ.

Je fis une désinfection soignée de la plaie et me contentai d'appliquer un pansement humide, car l'état du blessé devenait grave et me commandait d'arrêter l'intervention.

Le malade se remit lentement, la plaie se ferma petit à petit, il persistait une fistule qui donnait passage à une partie des matières intestinales ; peut-être eut-il fallu en faire la cure opératoire, mais dans le courant du troisième mois, le malade, garçon brasseur très alcoolique, fut emporté en quelques jours par une pneumonie.

La rupture de l'intestin dans une hernie est un accident très rare auquel M. le professeur Berger, dans son remarquable article du traité Duplay-Reclus, consacre un court chapitre. Nous avons étudié dans notre mémoire les conditions de sa production et nous avons fait suivre ces considérations de la publication de deux observations de contusion herniaire suivie de rupture, l'une due à M. Longuet (Société Anatomique 1875), l'autre à M. Duguet (id. 1863). Mais dans ces deux cas, l'intestin rentra spontanément dans l'abdomen ou fut réduit par le taxis et les malades moururent de péritonite.

Hernie crurale étranglée. Réduction au bout de trente heures. Mort par péritonite. *Echo médical du Nord*, 24 juillet 1898.

Cette observation constitue un exemple frappant du danger de réduire par le taxis violent les hernies étranglées depuis plus de 24 heures. Une femme de 70 ans portait une hernie crurale ; cette hernie s'étrangla. Un premier médecin appelé dans les premières heures essaya vainement de la réduire. Un second arriva à rentrer la hernie trente heures après son étranglement ; il fut plus violent

dans ses manœuvres car la malade souffrit davantage! L'état de la malade ne s'étant pas amélioré, on l'envoya à l'hôpital dans le service de M. le Professeur Folet, où je constatai que la région herniaire n'était pas tendue ni douloureuse, par contre l'abdomen tout entier était ballonné et sensible.

Je fis une hernio-laparotomie, je trouvai les anses intestinales baignant dans du pus fécaloïde : l'intestin présentait une perforation. Malgré la suture de cette perforation, le drainage des flancs et du cul-de-sac postérieur, la malade, dont l'état avait paru s'améliorer, mourut le 3me jour. L'autopsie montra que les lésions du péritoine s'étaient manifestement amendées ; peut-être est-il permis de penser que si la malade avait été plus jeune, la guérison aurait pu survenir.

La cystocèle crurale. *Echo médical du Nord*, 12 mars 1899 (Revue générale).

Nous avons écrit cette revue générale à propos d'un cas de cystocèle crurale étranglée qu'il nous avait été donné d'opérer. La

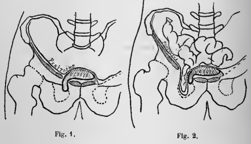


Fig. 1. Fig. 2.

hernie crurale de la vessie est très rare, nous en avons réuni quinze observations. Des trois variétés de cystocèle inguinale, savoir : l'extra, la para, l'intrapéritonéale, on ne connaît jusqu'à présent que deux variétés analogues de cystocèle crurale : l'extrapéritonéale (fig. 1) et la parapéritonéale (fig. 2). Dans la hernie extrapéritonéale, il n'y a pas de sac séreux, c'est à cette variété qu'appartenait la cystocèle que nous avons observée. Dans la hernie parapéritonéale, il existe

en même temps une entérocèle dont la vessie double la face externe du sac. La cystocèle crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme (13 femmes sur 15 observations). Ses conditions étiologiques semblent réalisées par toutes les causes capables de maintenir la vessie en situation haute, c'est-à-dire dans le voisinage de l'anneau crural, et en première ligne, il faut noter non seulement la grossesse, mais surtout les tumeurs pelviennes ; 7 fois nous avons relevé l'existence d'une affection du petit bassin : fibromes, kystes, hématocèle, abcès ; ajoutons que les autres observations ne mentionnent pas que l'examen du petit bassin ait été fait. Dans un cas d'Hartmann, il s'agissait d'une malformation congénitale.

Les symptômes de la cystocèle crurale n'ont rien de caractéristique, et en pratique le diagnostic ne se fait pas. Chose curieuse, l'étranglement est un accident fréquent et il s'est produit 10 fois sur 15 cas. S'il y a entéro-cystocèle, les symptômes sont ceux de l'étranglement banal ; si la vessie est herniée seule, le début coïncide presque toujours avec un effort ; la tumeur devient immédiatement douloureuse ; les troubles généraux apparaissent ensuite mais à des degrés divers, et très analogues à ceux qu'on constate dans l'épiplocèle etranglée : ballonnement du ventre, vomissements rares et tardifs, constipation avec possibilité d'émission de gaz et état général assez bon.

Pendant l'opération, l'ouverture de la vessie est à peu près fatale, seul Demoulin put l'éviter au cours d'une intervention pour enterocèle étranglée, mis en éveil par l'aspect charnu du sac et son épaisseur à la partie postéro-interne. La communication de la portion herniée avec la grande cavité vésicale peut être très étroite et passer inaperçue, l'accident est arrivé à Jaboulay et Villard qui crurent avoir affaire à un sac herniaire et le réséquèrent, sans autre inconvénient d'ailleurs. — Au point de vue du traitement de la cystocèle elle-même, en dehors des phénomènes d'étranglement, quand au cours d'une opération de cure radicale on s'aperçoit qu'on a blessé la vessie, la meilleure conduite à tenir est de fermer la plaie vésicale au moyen de sutures sous-muqueuses. Certains auteurs se plaçant, il est vrai, plus spécialement au point de vue de la cystocèle inguinale, ont proposé la résection systématique de la portion herniée ; cette manière de faire ne nous paraît pas présenter une grande utilité. Dans notre cas après, avoir suturé la vessie, nous l'avons réduite et fixée dans l'abdomen au moyen des fils ayant servi à la suture.

Hernies inguinales de la vessie. Deux observations. *Soc. de méd. du Nord*, 10 mars 1899.

Ces deux observations ont été prises sur deux malades du service de M. le Professeur Folet. Les hernies de la vessie avaient été trouvées au cours de la cure chirurgicale d'une hernie inguinale.

Pathogénie des hernies de la vessie. *Bulletin médical*, 26 avril 1899.

Revue générale dans laquelle nous étudions la pathogénie des trois variétés de hernie acquise de la vessie: les cystocèles extra, para, intrapéritonéales. Nous communiquons dans cet article les résultats de vingt dissections que nous avons pratiquées à l'amphithéâtre ; ces dissections mettent en lumière le rôle que joue dans la production de certaines hernies parapéritonéales, l'adhérence intime du péritoine avec la couche musculeuse de la vessie par suite de la disparition de la graisse périvésicale. Dans l'immense majorité des cas, le péritoine est facilement décollable d'avec la vessie. Dix huit fois sur vingt, nous avons obtenu très aisément ce décollement, sauf au niveau de l'ouraque, où nous dûmes disséquer avec plus d'attention ; deux fois, au contraire cette séparation fut pénible, la couche graisseuse périvésicale n'était qu'à peine indiquée et nous n'avons mené notre dissection à bonne fin qu'en abandonnant à la face profonde du péritoine des bribes de la musculeuse. Sur chacun de nos sujets, nous faisions précéder le décollement d'une autre expérience, qui consistait à pratiquer des tractions sur le péritoine au niveau de l'anneau inguinal, absolument comme on le fait au cours de la cure radicale des hernies. Par cette manœuvre, il est possible d'amener dans l'angle interne de la plaie une partie de la graisse périvésicale ; c'est une véritable cystocèle opératoire, mais si à ce moment, on injecte du liquide dans la vessie, on constate qu'elle est encore assez éloignée ; dans les deux cas au contraire, où le péritoine fut comme nous l'avons vu, difficilement décollable la vessie fut aisément attirée à l'anneau inguinal. Nous en avons conclu que, si une entérocèle se produit chez un individu dont le péritoine adhère à la vessie, il y a beaucoup de chances pour qu'elle se complique de cystocèle parapéritonéale.

Pourquoi cette adhérence intime ? Nous ne pourrions le dire d'une façon formelle, mais la cause en doit être vraisemblablement cherchée dans une affection antérieure. De nos deux sujets, l'un avait une grosse prostate, l'autre présentait un rétrécissement large

de l'urètre et une volumineuse goutte de pus stagnait dans le canal. Doit-on en inférer que de leur vivant, ces malades ont pu avoir de la cystite ? Une inflammation de voisinage peut produire le même résultat, cette condition est réalisée, par exemple, lorsqu'une cystocèle parapéritonéale complique la récidive d'une hernie inguinale opérée ; nous en avons observé un bel exemple dans le service de M. le Professeur Folet. Bien qu'il n'y ait pas eu de suppuration, la première opération devait avoir occasionné pour le travail d'enkystement des fils de soie une irritation qui, propagée au voisinage, avait déterminé une adhérence plus intime entre le péritoine et la vessie : celui-là avait entraîné celle-ci, lorsqu'il avait recommencé à descendre pour former le sac de la nouvelle hernie.

Kyste hydatique du foie. Ablation. *Soc. de méd. du Nord*, 10 juin 1898.

Le kyste siégeait dans le lobe gauche, avait le volume d'une orange ; il était suppuré.

L'ablation fut faite en deux temps par M. le Professeur Folet. Dans un premier temps la tumeur fut extériorisée et on attendit la formation d'adhérences avec le péritoine pariétal. Celles-ci ne s'étant pas produites, le huitième jour M. le Professeur Folet enserre la base de la tumeur d'un lien élastique et l'enlève d'une seule pièce en même temps qu'*environ 200 grammes de tissu hépatique*. Le malade guérit simplement.

Kyste hydatique du foie. Erreur de diagnostic. *Société de médecine*, 10 février 1899.

Malade du service de M. le Professeur Folet. Un médecin avait pratiqué en ville une ponction exploratrice qui avait ramené du liquide clair. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un cancer.

Nécessité de l'intervention immédiatement après la ponction des abcès du foie. *Soc. de méd. du Nord*, 24 mars 1899.

Il s'agit d'un malade que j'opérai in-extremis dans le service de M. le Professeur Folet. Outre un volumineux abcès du foie, je trouvai le péritoine plein de pus ; or une ponction avait été faite quatre jours auparavant dans un service de médecine et le pus avait coulé dans le ventre par l'orifice de la ponction exploratrice.

ORGANES GENITO-URINAIRES

De l'incision libératrice de la capsule propre du rein. (Néphrolibération du Professeur Folet). *Revue de chirurgie*, 10 mars 1897.

Cette opération a été pratiquée par M. le professeur Folet dans les circonstances suivantes : Une malade était entrée à l'hôpital le 19 mai 1896, se plaignant de douleurs très intenses dans le flanc droit. Neuf mois auparavant, le 11 janvier, elle avait déjà fait un premier séjour à l'hôpital; à la suite d'une chute dans un escalier, elle était tombée de telle façon que l'espace intercosto-iliaque droit avait porté sur le rebord d'une marche ; il en était résulté une contusion du rein suivie d'une hématurie assez abondante ayant duré 11 jours; à ce moment la palpation de la région rénale montrait qu'il existait une tuméfaction. La malade quitta l'hôpital à la fin de février sans être complètement guérie ; elle souffrait encore un peu, et la tuméfaction était très diminuée de volume. Son état s'était amélioré par la suite; puis elle recommença à souffrir et quand elle rentra à l'hôpital, le côté droit était de nouveau le siège de violentes douleurs aussi bien spontanées que provoquées; la tuméfaction de la région rénale était toujours perceptible. Malgré l'absence de fièvre, M. Folet pensa à une infection à marche lente d'un hématome et décida d'intervenir. Le rein fut abordé par la voie lombaire, il n'y avait pas de trace de pus, mais la consistance de la glande était dure et anormale, la capsule propre, considérablement hypertrophiée, atteignait une épaisseur de 5 millimètres ; son incision permit de constater qu'en dessous d'elle le rein paraissait sain. M. Folet pratiqua alors sur toute la longueur du bord convexe du rein, une grande incision qui sectionna la capsule sans entamer autant que possible la substance rénale elle-même. Cette intervention très simple qui guérit sans incident, fut suivie de la disparition complète et définitive des douleurs.

M. Folet pense que le résultat thérapeutique est dû à la décompression du rein enserré dans sa capsule ; il admet qu'une irritation causée par le traumatisme avait provoqué d'une part une *pachycapsulite*, d'autre part une augmentation de volume par congestion et hypérémie de la glande, celle-là gênant celle-ci. L'incision de la capsule a agi comme un véritable débridement.

Cette opération avait déjà été pratiquée auparavant, mais dans des cas très différents ; toutefois, chose intéressante, elle a toujours

été suivie du même résultat : la disparition des douleurs. M. Le Dentu en 1881, dans une communication à l'Académie de Médecine, rapporte l'observation d'un malade auquel il fit l'incision de la capsule du rein, qu'il appelle la néphrotomie superficielle : il s'agissait d'un homme qu'on croyait atteint de calcul du rein, les phénomènes douloureux prédominaient chez ce malade et ils étaient tellement intenses qu'il était obligé de garder le lit; l'exploration opératoire montra qu'il y avait non pas un calcul, mais un grand nombre de petits graviers disséminés dans le parenchyme glandulaire. M. Le Dentu dut se contenter de débrider la capsule du rein par une incision faite sur le bord convexe au moyen du thermo-cautère. Depuis cette opération « l'opéré n'éprouva plus aucune douleur dans la région lombaire, put marcher, se promener en s'appuyant sur une canne sans avoir le corps fléchi en avant comme jadis. »

En 1884, Reliquet fit l'incision de la capsule du rein gauche dans un cas de cancer qui était l'origine de violentes douleurs ; l'opération avait conduit sur un organe tellement friable et saignant si facilement qu'il dut se contenter de pratiquer un large débridement. « A partir de cette opération, les douleurs en urinant ont disparu complètement, les envies d'uriner sont devenues de plus en plus éloignées et il n'y a plus de douleurs de coliques néphrétiques. Le malade se croit guéri. »

Comme on le voit, l'efficacité du débridement de la capsule propre du rein, ne peut pas être mise en doute quand il existe des phénomènes douloureux, quelle que soit leur origine. Il est vraisemblable que cette suppression des douleurs est due à la diminution de la tension rénale. On comprend en effet qu'un néoplasme enfermé dans une capsule résistante soit gêné dans sa prolifération, et devienne l'origine de douleurs par compression des nerfs de la glande, d'où le résultat immédiat de la section de cette capsule ; de même, le rein irrité par la présence de calculs, par un traumatisme, entravé dans ses congestions par une coque inextensible pourra semble-t'il s'hyperémier tout à son aise lorsque cette capsule sera incisée. De là l'expression significative de *nephrolibération* proposé par M. le professeur Folet pour désigner cette opération.

En somme, cette opération est excessivement bénigne ; ses résultats thérapeutiques sont très remarquables, c'est pourquoi, bien que ses indications soient assez rares, nous avons cru bon de nous en occuper dans ce mémoire.

Rein tuberculeux. *Soc. de méd. du Nord*, 23 juillet 1897.

Pièce provenant du service de M. le Professeur Folet.

Deux cas de fistule uretéro-vaginale d'origine puerpérale. Uretéro-cystonéostomie abdominale. Guérison. *Société de chirurgie*, 1898.

J'ai eu la bonne fortune de pratiquer à quelques mois d'intervalle deux uretéro-cystonéostomies abdominales chez deux femmes atteintes de fistule vaginale de l'uretère d'origine puerpérale. J'ai opéré ces deux malades dans le service de M. le professeur Folet. J'employai le procédé de Bazy ; mais, dans le premier cas, l'abouchement de l'uretère dans la vessie paraissait devoir être si facile et si parfait que je ne plaçai pas de sonde à demeure ; mal m'en prit, car sans doute, par suite de la rétraction de l'uretère, il se produisit une infiltration d'urine dans la paroi vésicale elle-même.

Le troisième jour, je dus avoir recours à la taille hypogastrique et prolonger l'incision de la vessie, jusqu'au niveau de l'anastomose, les accidents infectieux tombèrent et la malade finit par guérir définitivement après avoir, pendant près d'un an, conservé une petite fistulette sus-pubienne. Chez la seconde opérée, les suites opératoires furent, au contraire, d'une extrême simplicité ; la femme quitta l'hôpital 18 jours après l'intervention. (Voir la suite de son histoire, page 37).

Les fistules vaginales de l'uretère. *Écho médical du Nord*, 1er avril 1900.

Sous ce titre nous comprenons les différentes variétés de fistules uretéro-utérines, uretéro-vaginales, uretéro-utéro-vaginales compliquées ou non de fistule vésico-vaginale. Car en somme, toutes ces fistules aboutissent à une même conséquence : l'écoulement de l'urine par le vagin. Ces fistules sont congénitales ou acquises, et celles-ci doivent être divisées en organiques, puerpérales et opératoires.

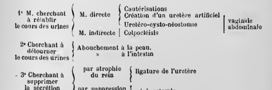
Les fistules organiques qu'on observe dans les phases avancées du cancer de l'utérus n'intéressent pas le chirurgien. Les fistules puerpérales ne sont au début qu'une complication des fistules vésico-vaginales et reconnaissent la même origine, mais par la suite celles-ci, qui ont une grande tendance à la guérison spontanée, s'oblitèrent tandis que l'écoulement continu de l'urine arrête au niveau de l'uretère le travail de cicatrisation. Comme la déchirure

du col ces fistules siègent presque toujours à gauche et très près de la vessie.

Les fistules opératoires s'observent surtout à la suite de l'hystérectomie vaginale ; elles siègent presque toutes à droite : pendant l'opération, la droite de la malade devient la gauche de l'opérateur et de ce côté l'application de pinces, la manœuvre des ciseaux peuvent parfois être plus maladroites. Elles sont situées plus loin de la vessie que les fistules puerpérales.

Toutes ces fistules donnent lieu à un écoulement constant d'urine par le vagin, néanmoins les mictions volontaires persistent car il n'y a pas d'exemples de fistule bilatérale et la vessie continue à recevoir l'urine venue du rein du côté opposé ; la vessie est d'ailleurs parfaitement étanche et continente comme il est facile de s'en assurer. L'orifice fistulaire ne peut être découvert dans tous les cas, particulièrement dans les fistules puerpérales : les cicatrices et brides qui existent au fond du vagin gênent l'exploration.

En dehors des méthodes palliatives qui cherchent à remédier à l'incontinence d'urine par l'emploi de réservoirs appropriés, il existe des méthodes opératoires que nous classons comme suit :



1° M. cherchant à rétablir le cours des urines	M. directe	Cautérisations	
		Création d'un uretère artificiel	
		Uretéro-cysto-néostomie	vaginale abdominale
	M. indirecte	Colpocléisis	
2° Cherchant à détourner le cours des urines	Abouchement à la peau.		
	» à l'intestin		
3° Cherchant à supprimer la sécrétion	par atrophie du rein	ligature de l'uretère	
	par suppression du rein	néphrectomie.	

Parmi ces interventions, la plupart n'ont plus qu'un intérêt historique ; à l'heure actuelle, c'est à l'uretéro-cystonéostomie, c'est-à dire à l'abouchement rationnel de l'uretère dans la vessie, qu'on doit avoir recours. Pour la pratiquer deux voies s'offrent au chirurgien : la vaginale et l'abdominale. La voie vaginale suppose la possibilité de la dissection du bout rénal de l'uretère ; or il est parfois impossible de le découvrir ; sa dissection est très pénible dans les fistules d'origine puerpérale, à cause des brides cicatricielles, des indurations qui siègent au fond du vagin et sur l'uretère lui-même dont le calibre est rétréci sur une étendue de deux à trois centimètres. C'est pourquoi, à moins que l'opération ne se

présente comme devant être très facile comme dans beaucoup de fistules d'origine opératoire, il est préférable de faire l'uretéro-cystonéostomie abdominale. Cette opération simple et précise, dont les divers temps ont été bien réglés par M. Bazy, a jusqu'à présent été suivie d'excellents résultats ; personnellement elle nous a donné deux succès.

Opération césarienne et hystérectomie abdominale chez une opérée d'uretéro-cystonéostomie abdominale. (Rapport de M. Routier à la *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, février 1901.

La première opération, c'est-à-dire l'uretéro-cystonéostomie, avait été faite par moi en août 1898. La malade (voir page 37) avait une fistule uretéro-vaginale consécutive à un accouchement très laborieux, terminé par une application de forceps, ayant amené un enfant mort. Le fond du vagin était labouré de cicatrices et anfractueux, l'utérus était inabaissable et il fut impossible de découvrir l'orifice de la fistule. L'opération fut faite par la voie abdominale, l'uretère gauche dilaté fut anastomosé à la vessie et la réunion se fit par première intention.

Je revis cette femme en mai 1900, elle était enceinte d'environ sept mois. M. Oui, professeur agrégé d'accouchement, l'examina avec moi, constata l'existence d'un rétrécissement du bassin (le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 cent. 1) trouva que le fœtus était très gros et conseilla d'attendre la fin de la grossesse pour pratiquer à ce moment, soit une symphyséotomie, soit une opération césarienne. Je fis suivre l'extraction de l'enfant d'une hystérectomie abdominale totale. L'uretère que j'avais trouvé très dilaté lors de ma première intervention avait repris ses dimensions normales. L'enfant était très gros, il pesait 4900 grammes, il fut élevé au sein par la mère qui fut d'ailleurs une excellente nourrice.

Il n'existe qu'une seule intervention pratiquée dans des conditions semblables; elle a été faite par M. Routier : l'enfant survécut, mais la mère mourut de péritonite.

Tumeur de la vessie. *Soc. de méd. du Nord*, 22 juillet 1898.

Tumeur sessile trouvée à l'autopsie d'une femme morte d'une autre affection dans le service de M. le Professeur Folet. La tumeur siégeait entre les deux uretères et avait provoqué une hématurie pendant la vie.

Cystocèle compliquée de calcul. *Echo médical du Nord*, 17 avril 1898.

Cette complication des cystocèles est très rare. Ce cas que nous avons opéré dans le service de M. le Professeur Folet est d'autant plus intéressant que le calcul occupait non pas le bas fond normal dans la cystocèle, mais le diverticule rétropubien qui demeure presque toujours dans ces cas comme un vestige, à la place anciennement occupée par la totalité du réservoir vésical. En raison de cette situation fixe le calcul du volume d'un œuf était difficilement perçu : il était nécessaire de réduire la vessie et de diriger la sonde en haut vers le pubis.

Les opérations plastiques pratiquées sur le tissu utérin dans les flexions de l'utérus. *Archives provinciales de chirurgie*, mars 1898.

Ces opérations ont pour but de redresser l'axe de l'utérus ante ou rétrofféchi. Elles diffèrent des pexies qui fixent la matrice aux organes voisins et aussi des interventions qui raccourcissent les différents ligaments, car elles agissent sur le tissu même, sur les parois de l'utérus. Celui-ci fléchi est comparable, comme le fait remarquer M. le professeur Folet, à un genou ankylosé à angle droit. « Une de ses faces est trop longue il la faut raccourcir. On ne pourra ramener la jambe rectiligne que si l'on résèque un coin d'os au niveau de l'angle saillant du squelette ; on ne pourra ramener le corps utérin rectiligne sur l'axe du col que si l'on résèque un coin du tissu utérin sur l'angle saillant de la plicature » (Folet). La paroi à raccourcir est la paroi convexe, c'est-à-dire l'antérieure dans la rétroflexion, la postérieure dans l'antéflexion.

Pour arriver à ce résultat, des manuels opératoires différents ont été suivis par divers auteurs. Thiriar et Jonnesco ont fait par la voie abdominale, la cunéohystérectomie (le mot est Thiriar) c'est-à dire l'ablation d'un coin de substance utérine. M. le professeur Folet en même temps que Jonnesco et sans connaître l'observation de Thiriar, a fait la même intervention par la voie vaginale. D'autres opérations visant au même but par des procédés tout à fait différents ont été proposées par Von Rabenau, par Doyen, par Elisher. On trouvera dans notre mémoire une étude de ces procédés. Voici, brièvement, le manuel opératoire auquel s'est en dernier lieu arrêté le professeur Folet. Incision du cul-de-sac opposé à la flexion et ouverture du péritoine ; le doigt est introduit, suit l'utérus, détruit les adhérences s'il en existe et, arrivé au

niveau du fond de l'organe, le contourne recourbé en crochet, l'accroche et le ramenant en avant, s'efforce de le fléchir, de lui faire franchir l'ouverture du cul-de-sac, l'amène dans le vagin, puis à la vulve, l'utérus ainsi luxé présente une de ses faces à l'opérateur qui peut aisément pratiquer l'excision cunéiforme, les sutures et l'hémostase. Cela fait, l'utérus est réduit dans la cavité pelvienne. M. Folet recommande de faire cette excision cunéiforme sans ouvrir la cavité utérine.

Théoriquement, on peut reprocher à ces opérations de laisser au niveau de l'utérus une cicatrice de solidité douteuse et capable de devenir le point de départ d'une rupture utérine, si la femme devenait de nouveau enceinte. Nous pensons que ce danger n'existe pas ; nous basons cette opinion sur le résultat d'expériences faites sur des chiennes, et aussi sur les nombreuses observations de grossesses menées à terme par des femmes ayant antérieurement subi une opération césarienne.

La cunéohystérectomie est certainement la meilleure des opérations que nous possédions à l'heure actuelle pour remédier aux anteflexions de l'utérus. Cette opération est encore indiquée dans les rétroflexions que Pozzi qualifie de luxations vagues de l'utérus dans lesquelles il n'y a que peu ou pas de métrite ; dans ces cas, le corps est mobile sur le col comme un battant de cloche ; la flexion se réduit avec une extrême facilité mais se reproduit de même. Dans cette variété de rétroflexion, la cunéohystérectomie est suffisante. Elle devient insuffisante quand il existe un relâchement considérable des ligaments et que, en même temps qu'il est rétrofléchi, l'utérus est rétroversé ; si dans ces circonstances on se contentait de faire la cunéohystérectomie on remédierait bien à la flexion, mais la version persisterait. Il est bon alors de pratiquer en même temps l'Alexander. De même, quand la rétroflexion est manifestement due à la métrite, la cunéohystérectomie n'est pas capable à elle seule de guérir l'inflammation de l'utérus, mais combinée à l'Alexander, elle redresse l'axe de l'organe et permet le libre écoulement du sang des règles et des liquides sécrétés : elle favorise donc l'action curatrice du curettage, de la résection du col, etc. Bref, dans les deux cas que nous venons d'envisager nous pensons que l'Alexander et la cunéohystérectomie vaginale constituent deux opérations qui se complètent admirablement l'une l'autre et se prêtent un mutuel appui pour arriver à un bon résultat final, car le corps devient beaucoup moins lourd à supporter pour le ligament rond raccourci ; il ne tire plus en arrière de tout

son poids dont la plus grande partie est désormais transmise directement au col.

Volumineux fibrome du col. *Soc. de méd. du Nord*, 24 novembre 1899.

J'ai enlevé ce fibrome par hystérectomie abdominale à cause de son volume et malgré sa situation basse. Il remplissait complètement le petit bassin.

Fibromes multiples de l'utérus. *Société de médecine du Nord*, 14 décembre 1900.

Cette observation est très intéressante, car elle concerne une femme à qui M. le Professeur Folet avait pratiqué, en 1893, l'énucléation abdominale d'un fibrome de moyen volume. En décembre 1900, je dus lui faire subir l'hystérectomie abdominale, l'utérus et les ligaments larges étaient absolument farcis de fibromes.

Castration abdominale totale. *Soc. de méd. du Nord*, 27 avril 1900.

Pièce très intéressante de lésions inflammatoires d'origine puerpérale. L'ovaire droit en particulier était le siège d'un énorme abcès. Je pus extirper toute la masse utéro-annexielle sans rien ouvrir. L'opération me permit de découvrir que la malade présentait une inversion des viscères.

Malformation utérine prise pour une annexite. *Bulletin médical*, Paris, 1898.

Il s'agit d'une malade observée dans le service de M. le Professeur Folet. Je lui fis la laparotomie croyant avoir affaire à une lésion annexielle. Le toucher délimitait du côté droit une masse douloureuse qui remplissait le cul-de-sac et paraissait accolée à l'utérus. Les règles étaient excessivement douloureuses. L'opération montra que la tumeur était formée par la corne utérine d'un utérus unicorne dans la cavité de laquelle il y avait rétention d'une petite quantité de sang noir; en somme il y avait une véritable hématométrie qui expliquait facilement les douleurs de la menstruation.

Kyste tubo-ovarien. *Soc. de méd. du Nord*, 25 juin 1897.

La communication avec l'utérus était facile; le kyste avait la forme d'une cornemuse et le volume d'une tête de fœtus, quand la

tension était trop forte dans sa cavité, il se vidait en partie par l'utérus d'où une hydrorrhée intermittente.

Grossesse extra-utérine. Extirpation totale du kyste fœtal. Guérison. *Echo médical du Nord*, 11 décembre 1898.

Cette observation est intéressante car la grossesse datait de cinq mois et demi. Or l'ablation totale du kyste, placenta et fœtus, est à ce moment particulièrement difficile et dangereuse. — Le rapport de M. Pinard à l'Académie de médecine et celui de M. Segond au Congrès de gynécologie de Marseille, insistent avec raison sur les dangers de l'extirpation du placenta ectopique qui adhère de tous côtés à des organes très importants : le rectum, la vessie, l'uretère, l'intestin grêle, etc. Aussi la conduite chirurgicale à suivre dans la pratique ordinaire, consiste à enlever le fœtus et à marsupialiser le placenta.

Cette marsupialisation n'est pas sans inconvénients, elle expose à l'infection de la cavité du kyste, à la persistance d'une fistule; à l'éventration future. Dans des cas favorables, le chirurgien peut donc être autorisé à chercher à l'éviter. C'est ce qu'a fait M. le Prof. Folet dans le cas que nous rapportons. L'ablation de l'utérus faite simultanément avec celle du kyste permit de décoller celui-ci et sans trop de difficultés ni d'hémorragie, de ses adhérences avec le péritoine pelvien et l'intestin.

Forme rare d'hématocèle rétro-utérine. *Echo médical du Nord*, 8 mai 1898.

Une femme de 32 ans entre dans le service de M. le Professeur Folet et raconte qu'elle a fait, 15 jours auparavant, une perte constatée par son médecin qui lui a dit avoir retrouvé dans les caillots un œuf de deux mois environ. L'état général est mauvais, l'examen des organes génitaux très douloureux, néanmoins on arrive à délimiter une tumeur molle et très fluctuante remontant un peu au dessus du pubis ; on songe à une suppuration pelvienne. J'opère par le cul-de-sac postérieur, je tombe dans une cavité renfermant des caillots mous et diffluents et un fœtus de deux mois et demi environ et *vivant*.

Le prolapsus génital chez les nullipares. *Echo médical du Nord*, 4 février 1900.

L'étude des observations de prolapsus génital chez les nulli-

pares aboutit en somme à mettre en évidence l'importance pathogénique de l'effort et de l'augmentation de la pression intraabdominale. Le prolapsus apparaît chez des sujets qui de très bonne heure sont obligés de porter des fardeaux trop lourds, et il apparaît tantôt progressivement, tantôt d'une façon brusque. Comme causes accessoires, il faut noter l'existence de tumeurs dans le pelvis, ou même dans l'utérus lui-même. Nous avons observé dans le service de M. le Professeur Folet une malade nullipare atteinte de prolapsus génital consécutif à une déchirure étendue du périnée : cette malade avait été victime d'un viol à l'âge de 12 ans. — Mais pour manifeste qu'elle soit, l'influence de la plupart de ces causes est insuffisante et il est évident qu'il faut chercher dans la constitution du sujet une prédisposition au prolapsus. On remarque en effet que presque toutes les observations concernent des femmes peu vigoureuses, pâles et lymphatiques, à bassin souvent vicié, dont les muscles pelviens sont grêles.

Sauf chez les nullipares âgées, la préoccupation principale du chirurgien sera de chercher à guérir l'affection sans rien tenter qui puisse compromettre la fonction de reproduction. A l'exemple de M. le Professeur Folet, nous ne sommes pas partisan des opérations qui portent sur les ligaments et nous préconisons le procédé que notre maître à décrit au Congrès de chirurgie de 1896. — Mais en ce qui concerne les nullipares, l'acte opératoire devra la plupart du temps se limiter au vagin et au périnée, car chez elle l'utérus n'est pas malade ni augmenté de volume ; par suite de la rapidité de l'apparition de l'affection, le vagin n'a pas le temps de causer l'élongation du col par sa traction continue.

A propos de l'hémostase des ligaments larges. *Soc. de méd. du Nord*, 14 avril 1899.

Présentation d'un clamp de Doyen qui s'était brisé quatre heures après une hystérectomie vaginale. Il n'y eut pas d'hémorragie.

Un nouveau traitement des ulcérations du col. *Echo médical du Nord*, 29 janvier 1899.

Dans cette article nous étudions les différentes variétés d'ulcérations et nous nous attachons à dégager l'existence d'érosions véritables bien différentes de l'ectropion de la muqueuse utérine en ce sens qu'elles peuvent être séparées de l'orifice externe du col par une bande de muqueuse saine.

L'importance de ces ulcérations est difficile à apprécier ; on voit des cols énormes déformés, durs, sans aucune ulcération, alors que d'autres atteints d'endométrite légère sont largement ulcérés. Autrefois, le rôle de ces ulcérations paraissait considérable et c'est contre elles qu'on agissait le plus au moyen de caustiques nombreux et plus ou moins violents. Actuellement un s'attache surtout au traitement de la muqueuse utérine. Il y a peut-être là une exagération.

L'opération que nous proposons est tout simplement la résection de l'ulcération du col, résection très superficielle bien différente par conséquent du Schrœder. Nous faisons l'ablation de la mince couche de tissu malade circonscrit dans une incision elliptique. La suture des deux lèvres a un résultat immédiat et très important chez les nullipares atteintes de métrite avec dilatation du col en barillet ; en effet, après la suture, les deux lèvres du col s'écartent l'une de l'autre et par conséquent il y a suppression du retrécissement inférieur du barillet et aussi de la stagnation des sécrétions, d'où plus grande facilité du drainage.

Kystes du canal de Nuck. *Soc. de méd. du Nord*, 7 avril 1900.

J'ai enlevé ces kystes chez une malade du service de M. le Professeur Folet, au cours d'une opération de cure radicale de hernie inguinale bilatérale. Ils formaient la partie principale des tumeurs herniaires, chacun d'eux était surmonté d'un petit sac.

Kyste de la grande lèvre. *Société de médecine du Nord*, 22 décembre 1899.

Les tumeurs bénignes du clitoris. *Revue de chirurgie*, 10 mai 1898.

A propos d'un cas de kyste dermoïde du clitoris observé dans le service de M. le professeur Folet, nous avons pratiqué des recherches bibliographiques qui nous ont permis de réunir 37 observations de tumeurs bénignes du clitoris. Nous avons étudié ces observations et nous avons pu en les classant, dégager quelques notions intéressantes de pathologie chirurgicale d'une importance évidemment secondaire, mais qu'il était bon néanmoins de mettre en lumière. Les tumeurs bénignes du clitoris peuvent être divisées en deux grandes classes, suivant qu'elles sont solides ou kystiques.

Les kystes du clitoris sont les plus rares des tumeurs bénignes ; nous en possédons six observations que nous rangeons dans trois

catégories : kystes à contenu hématique, kystes dermoïdes, kystes par rétention.

Les kystes hématiques, véritables hématocèles du clitoris, ont un contenu caractéristique, visqueux, couleur chocolat. leur forme est généralement arrondie, leur volume peut atteindre les dimensions d'une tête d'enfant ; ils sont fluctuants ; les troubles qu'ils occasionnent sont sous la dépendance de leur volume et de leur poids. L'ablation doit être le traitement de choix. car deux fois la ponction et l'incision simple furent suivies de récidive.

Les kystes dermoïdes ont un volume moins considérable ; il en existe deux observations dont celle de M. le professeur Folet. — Nous avons trouvé une seule observation de kyste par rétention ; ce serait un kyste sébacé ; mais l'existence de cette tumeur, du moins en tant que kyste sébacé doit être fortement mise en doute, car il n'existe pas de glandes sébacées dans cette région.

Les tumeurs solides sont beaucoup plus fréquentes que les kystes. Dans un premier groupe, nous avons placé les tumeurs osseuses et cartilagineuses ; dans un second celles que jusqu'à nouvel ordre. nous croyons devoir appeler tumeurs par hypertrophie fibreuse. Les premières peuvent être considérées comme des curiosités pathologiques et leur importance est minime comparativement à celle des tumeurs fibreuses. Nous avons rélevé 28 observations de ces dernières ; la plupart sont malheureusement assez anciennes et la netteté des descriptions histologiques s'en ressent, mais toutes sont à ce point concordantes qu'elles paraissent, pour ainsi dire, calquées l'une sur l'autre. Dans toutes le clitoris est remplacé par une tumeur d'un volume plus ou moins considérable, tantôt globuleuse, tantôt piriforme et présentant l'aspect d'un pénis. Cette tumeur de consistance dure est mobile et non douloureuse ; son évolution est remarquablement silencieuse ; dans les deux tiers des cas, la découverte eu a été faite au cours d'une grossesse et il semble que l'accroissement de volume soit beaucoup plus rapide pendant la puerpéralité ; de même pendant les règles, la tumeur subit une fluxion passagère et augmente d'une façon notable. La muqueuse reste rarement normale, ou bien elle s'ulcère, se couvre de végétations, ou bien elle s épaissit et se cutinise. Quand elle pend devant l'urèthre, la tumeur gène considérablement la miction.

A la coupe, le clitoris est remplacé par un tissu blanc lardacé ou jaune pâle et on voit des faisceaux de fibres conjonctives qui envoient des prolongements dans l'intérieur de la masse et la

divisent en lobules. Bien que les données histologiques précises fassent défaut, on peut d'après quelques examens affirmer la nature conjonctive de la néoplasie. Quant à son étiologie, elle est très obscure, dans 37 °/o des cas la malade était syphilitique.

L'ablation complète est le seul traitement rationnel des tumeurs par hypertrophie fibreuse du clitoris. Toutes les interventions faites dans ce sens ont été remarquablement faciles et n'ont jamais été suivies de récidive.

Varicocèle et hypochondrie. *Echo médical du Nord*, 5 novembre 1899.

« C'est une vieille remarque brillamment développée par Diday que l'homme est très impressionné par toutes les affections qui entraînent une menace contre sa virilité ». (Forgue et Reclus). Un homme atteint d'un léger varicocèle était devenu tout à fait misanthrope; absolument obsédé par son affection, il s'examinait plus de cinquante fois par jour, fuyant toutes les réunions de famille et se croyait impuissant. Je lui fis la résection du scrotum et depuis il a subi une véritable transformation morale, il est gai, actif, ses idées noires se sont envolées et les érections sont revenues. Cette observation a été le point de départ de notre mémoire. Nous avons étudié les rapports du varicocèle et de l'hypochondrie, examiné le rôle si considérable du terrain névropathique et les causes accessoires telles que le volume de la tumeur, le petit volume du testicule plus ou moins atrophié, l'impuissance et aussi l'inappétence génésique, etc. Toutes causes qu'il faut connaître si on veut mettre en œuvre une thérapeutique rationnelle et ne pas faire des opérations inutiles, chez des sujets plus ou moins frappés de dégénérescence mentale. Il ne faut pas toutefois refuser systématiquement d'opérer tous les hypochondriaques atteints de varicocèle ; l'exemple que nous avons rapporté est une preuve que l'intervention peut donner des succès durables et quasi merveilleux tant est profonde la transformation du malade.

Hématocèle de la tunique vaginale. *Soc. de méd. du Nord*, 24 juin 1898.

Pièce provenant du service de M. le Professeur Folet. Hématocèle volumineuse développée en moins de six mois.

MEMBRES

Amputation de l'avant-bras pour troubles trophiques. *Soc. de méd. du Nord*, 23 décembre 1898.

La luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant (en collaboration avec le Dr Labarrière, Professeur suppléant d'anatomie à l'école d'Amiens). *Archives provinciales de chirurgie*, 1er mars 1900.

L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est très solidement défendue en avant par le ligament antérieur et les tendons fléchisseurs; eu outre la tête du métacarpien est très inclinée en avant de sorte que la phalange peut glisser sur elle et atteindre l'angle droit sans que les surfaces articulaires perdent contact ; c'est ainsi qu'on s'explique facilement la rareté de la luxation du pouce en avant.

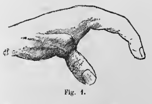


Fig. 1.

Lorinser (1857), Foucaut (1876), ce dernier sous l'inspiration du professeur Farabeuf, avaient déjà étudié expérimentalement les lésions et le mécanisme de cette luxation ; Lorinser était arrivé à cette conclusion que la luxation du pouce en avant devait être précédée de la déchirure du ligament latéral externe ; Foucaut pense que la déchirure préalable des deux ligaments latéraux est nécessaire. Des expériences cadavériques poursuivies par l'un de nous, il résulte que l'opinion de Foucaut est trop absolue, car on peut obtenir une luxation en avant avec intégrité de la plus grande partie du ligament latéral interne. Cependant cette variété de luxation ne s'observe que dans des traumatismes très violents et, presque toujours, le ligament antérieur et les ligaments latéraux sont détruits.

On arrive à produire la luxation en renversant d'abord fortement le pouce en arrière pour déterminer la déchirure des ligaments, après quoi on refoule les surfaces articulaires de façon à faire passer la base de la phalange en avant et en haut. On peut de la sorte obtenir trois variétés de luxation suivant la situation occupée par les tendons extenseurs : 1° la luxation directe en avant quand les tendons extenseurs restent en place ; 2° la luxation en avant et en dehors (voir fig. 1) si ces tendons sont déplacés en dehors ; 3° la luxation en avant et en dedans si les tendons sont



Fig. 2.

déplacés en dedans. C'est donc par le mécanisme de l'extension forcée qu'on produit le plus facilement la luxation du pouce en avant, et ce mécanisme se trouve réalisé dans les coups ou les chutes qui portent sur la face palmaire du pouce. La chose est plus rare, mais encore possible quand le pouce est en flexion forcée (chute sur le poing fermé, coup de poing donné avec la face dorsale de la main).

Les signes objectifs permettent de reconnaître facilement la luxation du pouce en avant. A la face dorsale, au niveau de l'articulation, il existe une saillie arrondie formée par la tête du premier métacarpien, immédiatement au-dessous de cette saillie



Fig. 3.

(v. fig. 2) on trouve une dépression. Du côté palmaire, on constate à travers les muscles de l'éminence thénar, une autre saillie moins prononcée, constituée par la base de la phalange. Le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est augmenté. Le pouce peut occuper une situation différente, suivant le sens du déplacement

des tendons extenseurs. Si ceux-ci sont situés en dedans, l'extrémité unguéale du pouce se rapproche de l'index, elle s'en écarte s'ils sont situés en dehors ; si les extenseurs ne se dévient pas, il n'y a pas de déplacement latéral. Il existe en outre un raccourcissement du bord radial de la main, plus ou moins considérable suivant l'étendue du chevauchement.

Le pronostic de la luxation métacarpo phalangienne du pouce en avant est très bénin. La réduction est, en effet, presque toujours très facile ; même si elle n'était pas obtenue, les mouvements du pouce ne sont qu'en partie compromis, la flexion et la préhension restent possibles. C'est ce qu'il était facile de constater chez le malade que nous avons observé et dont nous donnons la radiographie.

Outre notre observation personnelle, notre mémoire contient une observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur Folet et recueillie par lui en 1885, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. A. Richard, dont il était alors l'interne.

Luxation du pied en arrière. *Soc. de méd. du Nord*, 7 juillet 1899.

La radiographie montre l'intégrité absolue des malléoles.

Anévrysme poplité. *Société de médecine du Nord*, 1898.

Tendon anormal dans une fracture ancienne de la rotule. *Société de médecine du Nord*, 1900.

Sur un mode particulier de guérison des fractures transversales de la rotule. *Bulletin médical*, 20 juin 1900.

Une femme âgée de cinquante ans était entrée dans le service de M. le professeur Folet pour une fracture ancienne de la rotule droite. L'accident remontait à sept mois et la malade n'avait, à ce moment, suivi aucun traitement : il existait entre le fragment supérieur et le fragment inférieur un écartement de dix centimètres ; néanmoins, l'extension et la flexion se faisaient relativement bien, mais la marche était gênée par la grande fréquence de faux-pas suivis très facilement de chutes. M. le professeur Folet proposa la suture osseuse qui fut acceptée.

L'opération montra que du bord inférieur du fragment supérieur, partait un fort ligament fibreux, épais de 5 à 6 millimètres, large de 5 centimètres, long de 6 à 7, qui allait s'insérer en bas sur

le bord antérieur du plateau tibial. Le fragment inférieur ne présentait aucune connexion avec le supérieur.

D'après nous, ce tendon, véritable ligament rotulien situé à un étage supérieur, avait son origine dans la couche de tissus fibro-aponévrotiques qui revêt normalement la face antérieure de la rotule. Comme l'a bien montré Mac Ewen, ces tissus sont plus résistants que la rotule qui est moins élastique ; il résulte de ce fait que lorsqu'il se produit une fracture de la rotule, l'os moins élastique se casse le premier et ses fragments s'écartent l'un de l'autre d'une certaine quantité avant que le revêtement fibro-aponévrotique ne se rompe à son tour ; finalement cette rupture se fait, mais d'une façon très irrégulière, et les lèvres de la déchirure offrent des dentelures, des languettes fibreuses qui flottent, tombent entre les fragments et contribuent pour leur part à empêcher la formation d'un cal osseux. Il nous semble légitime d'admettre que dans notre cas, une de ces languettes adhérente au fragment supérieur avait une longueur suffisante pour se rabattre et passer au dessous du fragment inférieur, par la suite ce lambeau a pris insertion sur le tibia et a vu son volume et sa résistance augmenter, peut-être, la fonction créant l'organe, sous l'influence de la marche.

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation à peu près semblable, elle a été publiée par Gaudineau et Chaput ; mais il est logique de penser qu'il existe un certain nombre de faits de cette nature destinés à rester inconnus, car lorsque le fonctionnement du membre est satisfaisant.le chirurgien n'est pas consulté.

Transformation fibreuse des ganglions de l'aine.

Soc. de méd. du Nord, 23 février 1900.

Volumineuse tumeur due à l'hypertrophie et à la transformation totale des ganglions de l'aine du tissu fibreux adulte (diagnostic histologique du Prof. Curtis). La malade racontait qu'elle portait cette tumeur depuis 13 ans, l'augmentation de volume s'était faite lentement et insidieusement. L'extirpation fut assez facile, je dus disséquer le nerf saphène adhérent et l'artère fémorale très adhérente en arrière.

Soudure osseuse de la rotule avec le fémur. *Soc. de méd. du Nord*, 25 mars 1898.

Ce malade du service de M. le Professeur Folet était remarquable par la façon dont s'était faite l'ankylose fémoro-rotulienne ;

atteint de tumeur blanche guérie depuis plusieurs années, son tibia était fortement luxé en arrière, et la rotule était fixée à l'extrémité inférieure du fémur, absolument comme après une opération de Gritti. Le malade appuyait sur elle pendant la marche au moyen d'un appareil prothétique.

Désarticulation de la hanche pour ostéosarcome. *Soc. de méd. du Nord*, 22 décembre 1899.

L'opération pratiquée par M. Folet fut très bien supportée; la tumeur occupait l'extrémité inférieure du fémur et n'avait atteint qu'un très petit volume. Le malade mourut cinq mois après de récidive pulmonaire.

Fracture sus-condylienne et intracondylienne de l'extrémité inférieure du fémur. *Soc. de méd. du Nord*, 27 mai 1897.

Fracture intéressante par son mécanisme anormal. Elle s'était produite par torsion de la cuisse prise entre le quai et un wagon en marche.

Appareil ambulatoire pour fracture de jambe. *Soc. de méd. du Nord*, 8 octobre 1897.

Malade marchant avec l'appareil de M. le Professeur Folet.



La déambulation dans les affections du membre inférieur. *Soc. de méd. du Nord*, 24 décembre 1897.

Présentation de l'appareil de l'auteur pour fracture de cuisse. Cet appareil se compose d'une armature en fer, munie d'une fourche d'une forme spéciale qui s'applique sur l'ischion, et dont les extrémités sont fixées dans de larges attelles de plâtre qui moulent le bassin. Le point d'appui se fait donc à la fois, sur l'ischion et sur le bassin tout entier. La marche est facile, mais l'appareil est lourd et demanderait à être construit en aluminium. Le malade représenté par la figure

ci-contre avait subi l'ostéotomie du fémur pour genu-valgum. L'appareil a été placé le quinzième jour.

La déambulation dans les affections du membre inférieur. *Bulletin médical*, 19 juin 1898.

Revue générale inspirée par les bons résultats obtenus dans le service de M. le professeur Folet, grâce à l'appareil de marche imaginé par notre maître. Dans ce mémoire, nous recommandons l'extension de la méthode aux affections qui nécessitent l'immobilisation du membre en particulier aux tumeurs blanches au début, des articulations tarso-métatarsiennes et tibio-tarsiennes.

Consolidation rapide d'une fracture récente. Ingestion concomitante de thyroïdine. *Société de médecine du Nord*, 12 mai 1899.

La médication thyroïdienne dans les fractures. *Écho médical du Nord*, 11 juin 1899.

Consolidation rapide et thyroïdine. *Société de méd. du Nord*, 13 octobre 1899.

Consolidation rapide sans thyroïdine. *Société de méd. du Nord*, 27 octobre 1899.

Réflexions sur l'emploi de la médication thyroïdienne dans les fractures. *Écho médical du Nord*, 8 juillet 1900.

La glande thyroïde exerce sur la nutrition du système osseux, une action évidente. Les modifications pathologiques des os qui surviennent dans les affections de la glande en sont des preuves manifestes. L'idiot myxœdémateux, le crétin sont des nains par suite d'un arrêt de croissance des os ; certains basedowiens présentent une fragilité et une porosité remarquables du sytème osseux; les animaux jeunes auxquels on extirpe la glande thyroïde ne grandissent plus et leurs cartilages de conjugaison sont le siège d'une dégénérescence et d'une diminution de la prolifération cellulaire ; chez les myxœdémateux jeunes, soumis à la médication thyroïdienne, on observe un accroissement parfois rapide de la taille, on a obtenu des résultats analogues chez certains enfants retardés (un malade de St-Philippe grandit de sept centimètres en

six semaines). La radiographie et l'histologie démontrent que dans ces circonstances, les cartilages de conjugaison sont le siège d'une congestion et d'une suractivité nutritive manifestes et Hanau et Steilen ont en outre, constaté que chez les animaux éthyroïdés, les fractures se réparaient d'une façon très lente et avaient un cal d'un très petit volume qui restait cartilagineux très longtemps.

L'emploi de la médication thyroïdienne paraît donc justifié dans les solutions de continuité des os, et cette thérapeutique semble reposer sur des bases scientifiques sérieuses.

La médication thyroïdienne a d'abord été préconisée dans les fractures avec retard de consolidation, elle avait été conseillée par Hanau et Steilen dans leur communication au Congrès de Francfort de 1895. C'est Gauthier (de Charolles) qui en 1897 a donné systématiquement le corps thyroïde dans le but d'accélérer la réparation osseuse dans deux cas de fractures à consolidation retardée. Il obtint deux succès. Depuis, un certain nombre de chirurgiens ont employé la médication dans les mêmes circonstances. Ils obtinrent tantôt des succès, tantôt des insuccès. M. le professeur Folet a rapporté dans *l'Echo médical du Nord* (29 janvier 1899) une observation de retard de consolidation dans laquelle la thyroïdine fit merveille ; comme à tout le monde la médication nous donna ensuite des résultats inconstants.

Très frappé par les succès dont quelques-uns sont véritablement extraordinaires, nous avons eu l'idée d'étudier les effets de la médication thyroïdienne dans les fractures récentes. Notre premier cas nous parut favorable ; le blessé atteint de la fracture oblique de jambe marchait le 17me jour et, le 22me jour, il apportait lui-même et à pied, la radiographie de sa fracture à la séance de la Société de médecine du Nord où tout le monde put l'examiner et constater que la consolidation était parfaite. Notre second cas fut, par contre, tout à fait négatif. Il concerne un homme de 23 ans atteint d'une fracture comminutive de la jambe droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur ; la consolidation de cette fracture demanda trois mois malgré l'ingestion de thyroïdine. Notre troisième observation est de nouveau positive ; une fracture de cuisse et une fracture de jambe chez le même blessé se consolidèrent en 20 jours. Puis viennent huit observations, huit insuccès.

Bien qu'un grand nombre de faits négatifs ne soient pas capables d'infirmer un seul fait positif, nous ne pensons pas que la glande thyroïde soit appelée à rendre des services dans les frac-

tures récentes, et plusieurs médecins, qui après nous, en avaient donné à leurs fracturés, nous ont dit n'en avoir obtenu aucun résultat apparent. Nous croyons donc qu'il faut se borner à employer la médication thyroïdienne dans les retards de consolidation de fractures qui datent de plusieurs mois ; il faut la prescrire également vers le trentième jour, quand l'examen de la fracture montre qu'il existe encore une certaine mobilité et que la consolidation est paresseuse. Dans ces conditions, on obtiendra tantôt des résultats véritablement « foudroyants », la consolidation se fera en cinq ou six jours ; tantôt elle se fera d'une façon plus lente en quinze à vingt jours ; tantôt elle ne se fera pas, et la médication échouera complètement.

Au point de vue de la pathologie générale, ces résultats nous paraissent de nature à nous éclairer sur certaines conditions qui président à la rapidité de la consolidation des fractures. En dehors des questions d'âge, d'état général des sujets, de la variété de la fracture, du traitement mis en œuvre, il y a lieu de nous étonner des différences de temps que demandent dans certains cas, pour achever leur consolidation, des fractures identiques chez des malades placés côte à côte.

Beaucoup des fracturés qui viennent à l'hôpital sont des travailleurs valides et bien portants que le traumatisme surprend à l'ouvrage. Soumis à des traitements identiques entre les mains d'un même chirurgien, atteints de lésions quasi superposables, pourquoi les uns consolident-ils plus rapidement que les autres ? Bien plus, pourquoi même placées dans de très mauvaises conditions anatomiques, voyons-nous certaines fractures se consolider en quelques sorte trop vite ? Témoin le fait suivant que nous avons rapporté à la Société de Médecine du Nord : un blessé était entré, dans le service de M. le professeur Folet, atteint d'une fracture de cuisse au 1/3 inférieur qui parut à l'interne si facilement réductible qu'il plaça le membre dans un appareil plâtré ; je lui conseillai néanmoins de faire radiographier le membre pour contrôler le maintien de la réduction ; par suite de réparations à la machine, la cuisse ne fut exposée aux rayons X que 16 jours plus tard et nous ne pûmes avoir sous les yeux l'épreuve positive que le vingtième jour ; celle-ci nous montra que la coaptation était loin d'être bonne et que les fragments chevauchaient de plus de trois centimètres. J'ordonnai d'enlever l'appareil plâtré et de le remplacer par un appareil à extension continue. Mais hélas, il n'y fallait plus songer : la cuisse était parfaitement solide ; j'eus beau faire porter

le malade à la salle d'opération et essayer de produire la disjonction du cal, il me fut impossible d'obtenir le moindre mouvement de latéralité et en constatant cette consolidation parfaite, il me parut évident qu'elle remontait déjà à plusieurs jours.

Ces consolidations ne sont pas absolument rares et il est probable que beaucoup nous échappent ; c'est ce que soutenait Dubreuil en 1890 en signalant une consolidation extra-rapide de fracture du fémur, car disait-il, nous enfermons nos fracturés dans des appareils et nous ne les regardons que de loin en loin et tardivement.

Or, des faits expérimentaux, cliniques et thérapeutiques nous montrent d'une façon indubitable l'action trophique qu'exerce la glande thyroïde sur le système osseux. Ils nous portent à croire que, pour qu'une fracture se consolide normalement, il est nécessaire que la glande thyroïde fonctionne d'une façon normale. Mais Hertoghe nous apprend que chez un certain nombre d'individus en apparence bien portants, la glande thyroïde fonctionne d'une façon insuffisante ; ces individus sont des hypothyroïdiens. Survienne une fracture chez ces sujets, l'action de la glande thyroïde nécessaire à la réparation osseuse s'exercera d'une façon insuffisante, de là un retard dans la consolidation. Vient-on à prescrire la médication thyroïdienne, on voit la réparation osseuse subir une poussée, ainsi s'expliqueraient les succès et les insuccès ; succès chez les hypothyroïdiens, insuccès chez les individus normaux dont le retard de consolidation est alors dû à une de ses nombreuses autres causes.

L'hypothèse d'Hertoghe nous sert également à expliquer les consolidations extra-rapides. Hertoghe admet qu'on rencontre souvent des adolescents hyperthyroïdiens : « on entend dire parfois, lorsqu'un enfant grandit trop vite, qu'il est maigre à force de grandir. Nous pensons que l'enfant maigrit, non parce qu'il grandit, mais en même temps, qu'il grandit et sous l'empire de la même cause. Cette cause n'est autre, dit-il, qu'une activité thyroïdienne exagérée. » Il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'il existe de ces hyperthyroïdiens à l'état adulte.

Les dangers de la médication thyroïdienne ont été très exagérés, presque tous les sujets la supportent admirablement. Les nôtres recevaient environ 30 centigrammes de corps thyroïde desséché par jour, mais la dose peut être beaucoup plus forte, c'est ainsi qu'un malade de Guinard absorbait 1 gr. 50 par jour sans être incommodé. Néanmoins, il est des individus plus susceptibles, et chez lesquels l'administration prolongée de la médication pourrait

amener des troubles cardiaques, mais ce danger n'est pas à craindre, car dans les fractures, il n'est pas besoin de prolonger le traitement au-delà d'une quinzaine de jours.

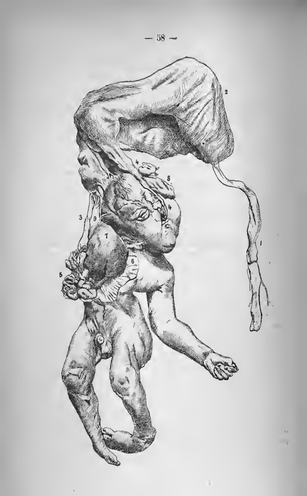
Du rôle des arrêts de développement de l'amnios et des brides amniotiques dans la production des monstruosités. En collaboration avec M. le Professeur Debierre. *Journal de l'anatomie et de la physiologie,* novembre-décembre 1894, page 608-621.

Dans ce mémoire, nous donnons une description très détaillée du monstre célosomien du genre pleurosome représenté dans la figure ci-contre. Dans la seconde partie du travail, nous étudions le rôle des adhérences amniotiques dans la production des monstruosités. Les brides amniotiques peuvent persister à la naissance ou bien elles peuvent n'exister que temporairement et disparaître ensuite par atrophie après avoir provoqué diverses malformations (Berger. Revue de Chirurgie, 1890. Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certains encéphalocèles).

De l'Assistance chirurgicale rapide. Essai sur son installation à Lille. (Mémoire couronné par la Société des des Sciences de Lille (Prix Pingrenon, 1900). Le Bigot, Lille, 1900.

Ce travail est destiné à montrer la mauvaise organisation de la chirurgie d'urgence à Lille. Dans une première partie, nous avons passé en revue les principaux cas dans lesquels le chirurgien est appelé à intervenir d'urgence ; nous nous sommes efforcé de rendre plus saisissante chaque indication en illustrant, pour ainsi dire, notre discussion d'observations typiques, prises pour la plupart dans le service du Professeur Folet; ces observations ne nous manquaient d'ailleurs pas, car elles abondent dans ce beau service où sont soignés une grande partie des blessés de la ville de Lille dont la vie industrielle est si intense.

Dans la seconde partie de notre mémoire, nous étudions l'organisation des secours aux blessés, telle qu'elle fonctionne actuellement à Lille. A vrai dire, cette organisation n'existe pas, les blessés sont ordinairement transportés chez le pharmacien, qui, comme l'a dit M. le Professeur Terrier, n'est ni fait, ni préparé pour soigner les gens ; d'autres fois, c'est dans les postes de police que sont amenés les blessés ; c'est pis encore, car dans ces postes,


2
1
4
8
4
3
9
7
6
5

il existe bien des boîtes de secours, mais elles ne contiennent que des médicaments inutilisables : perchlorure de fer, charpie, amadou, etc. Quand le blessé a reçu les premiers soins, on songe à le faire reconduire à son domicile, ou si son état l'exige, à le faire transporter à l'hôpital. Pour cela, on a recours aux voitures d'ambulance fournies par un loueur qui a passé traité avec la ville.

Arrivés à l'hôpital, les blessés sont confiés à l'interne de garde (presque toujours élève de quatrième année, souvent suppléé par un externe), et la plupart sont obligés d'attendre jusqu'au lendemain la visite du chirurgien. Toutefois, si l'interne de garde juge que l'état du blessé est grave, il fait chercher le chef de service et un infirmier est envoyé de l'hôpital au domicile du chirurgien ; or, celui-ci qui a passé toute la matinée dans son service d'hôpital est souvent absent. Il en résulte qu'il s'écoule presque toujours un temps assez long avant qu'il n'arrive près du blessé. D'autres fois, et nous en avons rapporté des observations, le préjudice est beaucoup plus sérieux car il est arrivé que la gravité de certains traumatismes a été méconnue par un interne inexpérimenté, et que des blessés atteints par exemple de contusion de l'abdomen n'ont été vus que le lendemain par le chef de service.

Après avoir étudié les différentes organisations de chirurgie d'urgence qui fonctionnent en France, à Paris, à Bordeaux, au Havre, et aussi les installations anglaises et américaines, nous nous sommes demandé ce qu'il conviendrait de faire à Lille et nous avons insisté surtout sur la nécessité de la création de chirurgiens de garde : « grâce à l'arrivée presque immédiate du chirurgien auprès du blessé, celui-ci ne recevra plus les soins dévoués peut-être, mais absurdes qui consistent par exemple à le couvrir de cataplasmes, d'arnica, de perchlorure de fer s'il saigne un peu et souvent, par un pansement mal fait, à contaminer une plaie qui aurait pu rester aseptique (Terrier). Voici d'ailleurs nos conclusions :

1° Il est de toute nécessité d'organiser à Lille un service de prompts secours ;

2° Ce service serait (pour commencer) installé dans un hôpital, où il y aurait en permanence une voiture d'ambulance prête à partir au premier appel du téléphone. Cette voiture serait munie de médicaments convenables et emmènerait un chirurgien ;

3° A défaut de chirurgien résidant à l'hôpital, on nommerait au concours au moins deux chirurgiens destinés à monter la garde à tour de rôle.

4° Domicilié dans le voisinage de l'hôpital, relié au réseau téléphonique, le chirurgien de garde verrait le blessé aussitôt que l'accident serait signalé et ses soins seraient ainsi presque instantanés.
